

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Rosana Maria Prazeres

**CONTRADIÇÕES E DESAFIOS ÉTICOS PARA O EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATUAL
POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO
FEDERAL**

Dissertação submetida à banca examinadora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento

Florianópolis

2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

P921c Prazeres, Rosana Maria

Contradições e desafios éticos para o exercício
Profissional do assistente social na atual política de atenção
à saúde do servidor público federal [dissertação] / Rosana
Maria Prazeres ; orientador, Hélder Boska de Moraes Sarmento.
- Florianópolis, SC, 2011.
216 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Sócio Econômico. Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social.

Inclui referências e apêndices

1. Serviço social. 2. Profissões - Desenvolvimento.
3. Ética. 4. Parceria público-privada. 5. Saúde suplementar.
I. Sarmento, Hélder Boska de Moraes. II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social. III. Título.


CDU 36

ROSANA MARIA PRAZERES

**CONTRADIÇÕES E DESAFIOS ÉTICOS PARA O EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATUAL
POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO
FEDERAL**


Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social – Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 25 de maio de 2011.

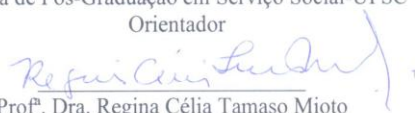


Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento
Coordenador do Curso

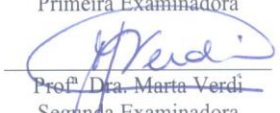
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social-UFSC
Orientador



Profª. Dra. Regina Célia Tamasso Mioto
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social-UFSC
Primeira Examinadora



Profª. Dra. Marta Verdi
Segunda Examinadora
Departamento de Saúde Pública-CCS-UFSC

Aos meus pais (pai *in memoriam*), que, com fé e trabalho, lutaram para educar seus quatro filhos com base em princípios éticos de responsabilidade e de compromisso com a coletividade na esperança de um novo milênio mais humanizado e justo.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Curso de Pós-graduação em Serviço Social que contribuíram para a efetivação deste estudo, em especial àqueles que ministraram as disciplinas da turma 2009.

Ao meu orientador, prof. Hélder, o qual, com seu conhecimento, fruto da vivência teórico-prática na área de Serviço Social, fez-nos refletir sobre valores éticos frente às necessidades humanas, trazendo o pensamento social crítico para a sala de aula e para as orientações. A esse grande professor, expressei meu profundo agradecimento por sua generosidade, paciência e sabedoria.

À banca de qualificação e de mestrado, nas pessoas dos professores Hélder B.M. Sarmento, Marta Verdi, Regina Célia Miotto e Vera Maria Ribeiro Nogueira que, com suas experiências, contribuíram, sobremaneira, para a direção teórico-metodológica da pesquisa.

Aos colegas da turma Mestrado em Serviço Social/2009, pela lição de vida, coragem, determinação, superação e espírito coletivo.

À Instituição Federal de Ensino Superior – UFSC, que oportuniza aos servidores técnico-administrativos a capacitação continuada.

Ao Pró-Reitor de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS) da UFSC, Luiz Henrique Vieira Silva, que autorizou a liberação das atividades junto à PRDHS para a realização do Curso.

Ao Diretor do Departamento de Desenvolvimento e Atenção Social e à Saúde (PRDHS) da UFSC, Marcelo Fontanella Webster, pelo apoio, incentivo, compreensão e colaboração no fornecimento de material sobre a atual política de Atenção à Saúde Suplementar, a qual serviu de base para a pesquisa bibliográfica.

Ao chefe da Divisão de Saúde Suplementar (DvSS) da PRDHS, Paulo Eduardo Botelho, pela sua colaboração em fornecer os dados necessários para a pesquisa.

À chefe da Divisão de Serviço Social-atenção ao servidor (DiSS) da PRDHS, Lúcia G.G.Junkes, que entendeu a necessidade de meu afastamento, autorizando a liberação para o cumprimento da licença capacitação.

A todos os sujeitos entrevistados que contribuíram com suas falas para a concretude da presente pesquisa, em especial às assistentes sociais da Divisão de Serviço Social - Atenção ao Servidor (DDAS/PRDHS/UFSC).

Ao Samuel Salezio dos Santos, pelo apoio valioso prestado durante a pesquisa em relação às transcrições das entrevistas.

À Fernanda da Rosa Mangini, pela competência, compromisso e apoio prestado, como colega de Curso, contribuindo para a normalização do trabalho.

À Jussara Traitz, pela revisão gramatical do texto.

Às amigas sempre presentes, conquistadas ao longo da trajetória do Curso, que proporcionaram horas felizes de convivência, em meio às ansiedades e incertezas que um curso de Mestrado traz. Com suas experiências e histórias de vida, aprendemos o que vem a ser a palavra amizade, concretamente.

À Jaqueline e Ernesto, por estreitarem os laços de amizade conquistados ao longo do curso e, especialmente, pelo convite, aceito por mim, de ser madrinha de sua filha, Violeta, representando a turma do mestrado/2009.

Às amigas, Lilian, Cláudia e Maria Alice, que me incentivaram no início dessa jornada de estudos.

À minha família, principalmente à minha mãe, Maria Dalva, e minha irmã, Luciana, que, com seu apoio, fé, incentivo e paciência, proporcionaram-me uma trajetória de estudos com mais tranquilidade.

Aos meus sobrinhos queridos, Rafael, Gabriel, Bruno e Luiza que me proporcionam momentos de alegria.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“As liberdades, concebidas apenas para o indivíduo capitalista, devem ser estendidas a todos”.

(GRAMSCI, 2004, v. 1, p. 155).

RESUMO

Esta dissertação é resultado da investigação sobre as contradições e os desafios éticos para o exercício profissional do assistente social, na atual política de atenção à saúde do servidor público federal, com base na implantação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC. A referida política segue o modelo denominado de Parceria Público-Privada - PPP, resultado das políticas e parâmetros do contexto neoliberal. O objetivo desta pesquisa é apresentar os resultados analíticos e críticos da investigação sobre as “novas” requisições e implicações éticas para o exercício profissional do assistente social no contexto da implantação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC. A metodologia de pesquisa partiu de observações empíricas, entrevistas e sistematizações teóricas, sob a orientação teórico-crítico-dialética, e foram explorados como pontos de análise: o reconhecimento do referido modelo pela instituição pública; as principais legislações que embasam sua implantação; a análise de sua implantação na UFSC; e os impasses éticos frente às “novas” requisições profissionais. As conclusões indicam que o Estado, seguindo a perspectiva neoliberal de primazia do mercado, deposita nas PPP uma forma gerencial para a solução dos problemas sociais. Aqui se manifesta a contradição entre os interesses privados e públicos. Pensar a ética pública no campo dessas contradições exige leitura crítica e reconhecimento das novas requisições aos assistentes sociais. Porém, não é apenas responder as demandas sócio-institucionais ou posicionar-se na defesa das políticas públicas, mas enfrentar desafios que exigem respostas qualificadas dos profissionais de Serviço Social e que sejam capazes de efetivar a perspectiva dos direitos. Esta resposta é possível quando reconhecemos as diferentes formas de materialização de tais contradições.

Palavras-chave: Exercício profissional. Ética. Público-privado. Saúde suplementar. Serviço Social.

ABSTRACT

This paper is the result of a study of the contradictions and ethical challenges presented to the professional practice of social workers by the current health care policy for federal civil service workers, based on the implementation of the Health Insurance Plan at UFSC. The policy follows the model known as the public-private partnership (PPP), which is inspired by neoliberal policies and guidelines. The purpose of this study is to present the results of analytical and critical research into "new" demands and their ethical implications for professional social workers in the context of the implementation of Supplemental Health Insurance at UFSC. The research methodology was based on empiric observation, interview and theoretical systematization through a critical dialectic process. The points of analysis include: the recognition of that model by the public institution, the main laws that support its implementation, analysis of their deployment at UFSC and the ethical dilemmas created by the "new" professional demands. The findings indicate that the State, following the neoliberal perspective of the primacy of the market, adopted the PPP to administer social issues. This revealed the contradiction between private and public interests. An analysis of public ethics in the field of these contradictions requires a critical reading and recognition of new demands placed on social workers. But the question is not only to respond to the socio-institutional demands or to take a position in defense of public policy but to confront challenges that demand qualified responses from Social Service professionals, and which are capable of considering the perspective of rights. This response is possible when we recognize the different ways that these contradictions are materialized.

Key-words: Professional practice. Ethics. Public-private partnerships. Health insurance. Social Service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
APUFSC	Associação dos Professores da Universidade Federal de Santa Catarina
CEBES	Centros de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CUn	Conselho Universitário
DDAS	Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde
DDPP	Departamento de Desenvolvimento de Potencialização de Pessoas
DESAP	Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor
DiSS	Divisão de Serviço Social - atenção ao servidor
DOU	Diário Oficial da União
DSST	Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho
DvSS	Divisão de Saúde Suplementar
EC 41	Emenda Constitucional 41
ENEMEC'S	Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária
FEA	Fundo de Extensão Assistencial
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HU	Hospital Universitário
IFE'S	Instituições Federais de Ensino Superior
IAP'S	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
JMO	Junta Médica Oficial da UFSC
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LULA	Luiz Inácio Lula da Silva
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPOG	Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão
NOB	Normas Operacionais Básicas
NPD	Núcleo de Processamento de Dados

OCDE	Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento
PPP	Parceria Público-Privada
PRDHS	Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social
PT	Partido dos Trabalhadores
REME	Movimento de Renovação Médica
RJU	Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Cíveis da União
SASS	Serviço de Atenção à Saúde Suplementar
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SINTUFSC	Sindicato dos Técnico-administrativos da Universidade Federal de Santa Catarina
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SRH	Secretaria de Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TNS	Técnico de Nível Superior
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIMED	Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	21
1.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA	23
2 A PROBLEMÁTICA ÉTICA DA REFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	35
2.1 A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	35
2.1.1 As bases ideopolíticas do pensamento neoliberal no Estado brasileiro.....	36
2.1.2 A reforma do Estado brasileiro.....	42
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	52
2.2.1 Alguns elementos históricos sobre a política nacional de saúde, antes da Reforma do Estado brasileiro (1950-1988).....	53
2.2.2 A Política Nacional de Saúde no contexto da Reforma do Estado Brasileiro (1988-2010).....	64
3 O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL E A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE.....	79
3.1 O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO: NECESSIDADES, DIREITOS E CONTRADIÇÕES	79
3.2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA: O PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	87
4 AS CONTRADIÇÕES E OS IMPASSES ÉTICOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA DIMENSÃO PÚBLICO-PRIVADA	111
4.1 POLÍTICA PÚBLICA: DA CONTRADIÇÃO E DA ÉTICA	111
4.2 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA UFSC	131
4.3 AS REQUISIÇÕES E IMPLICAÇÕES ÉTICAS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL A PARTIR DA ATUAL POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL	139
4.3.1 As Requisições Profissionais junto ao Plano de Saúde Suplementar	139
4.3.2 As implicações éticas para o exercício profissional	161

5 CONCLUSÕES.....	171
REFERÊNCIAS.....	183
APÊNDICES	201
APÊNDICE A – Revistas consultadas	201
APÊNDICE B – Jornais consultados	203
APÊNDICE C – Informativos e artigos visitados na internet:	204
APÊNDICE D – Quadro resumo da proposta metodológica da pesquisa	205
APÊNDICE E – Categorias centrais de análise	208
APÊNDICE F – Roteiro das entrevistas	208
APÊNDICE G – Termo de consentimento livre e esclarecido	212
ANEXOS.....	215
ANEXO A – Principais leis e decretos sobre política de saúde e plano de saúde suplementar	215
ANEXO B – Registro do Projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH)	216

1 INTRODUÇÃO

As origens desta dissertação estão vinculadas ao meu exercício profissional, como assistente social, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Além de servidora pública, ocupando o cargo de assistente social, atuamos junto à gerência da Divisão de Serviço Social – atenção ao servidor, vinculada ao Departamento de Desenvolvimento e Atenção à saúde (DDAS), da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS), por quatro anos e, a partir de 2008, assumimos a função de chefe do Serviço de Atenção à Saúde Suplementar (SASS), à convite do DDAS/PRDHS.

As inquietações oriundas da prática e a necessária busca por uma fundamentação teórico-metodológica crítica, foram acrescidas a partir dos desafios cotidianos, principalmente com a implantação do Plano de Saúde Suplementar para os servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC. Esse Plano faz parte da atual política de atenção à saúde do servidor público federal, implementada pelo Governo Federal, a partir do ano de 2007, no interior das Instituições Federais de Ensino Superior (IFE'S).

Nossa inserção como gerente, constituiu um grande desafio do ponto de vista, teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, por ter sido a UFSC uma das primeiras instituições a implantar o Plano de Saúde Suplementar, subsidiada pelo Governo Federal em sistema de parceria com cooperativa de saúde privada. Essa realidade despertou para a necessidade de voltar-se ao conhecimento mais aprofundado sobre a atual política de atenção à saúde do servidor público federal e suas “novas” requisições e implicações éticas para o exercício profissional do assistente social, nesse contexto.

A preocupação com a aceitação passiva, sem questionamentos, da atual política de atenção à saúde, nos moldes público-privado, no interior das instituições públicas e as inquietações frente ao risco da não universalidade ao acesso à saúde e à fragilização na garantia de direitos, bem como, o exercício profissional em relação ao que preconiza o projeto ético-político profissional do Serviço Social, foram os principais aspectos motivadores do estudo. Essas preocupações levou-nos a afirmar como ponto de partida a existência de contradições, materializadas na implantação do Plano para servidores públicos federais.

O número de adesões¹, ao Plano de Saúde Suplementar pelos servidores da UFSC indica uma ampla aceitação por essa alternativa, porém restrita do ponto de vista da universalidade.

Tais desafios e contradições foram sendo indetificados na medida em que deparávamos com questões éticas de fundo como, recursos públicos injetados na iniciativa privada para atender necessidades de saúde de servidores públicos federais. Neste sentido, mesmo sendo de caráter opcional e complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Plano de Saúde Suplementar, vem sendo uma opção dos servidores quase que necessária, diante da realidade da saúde pública vigente, com falta de investimento em saúde pública, agora respondida pelo poder público com um novo modelo de gestão.

A busca de elementos teóricos para compreender esta realidade, em sua totalidade, motivou-nos a ingressar no curso de mestrado, na linha de pesquisa - Estado, Sociedade Civil e Políticas Sociais, do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFSC, iniciado no primeiro semestre de 2009.

Portanto, a dissertação é resultado de todo esse processo de construção teórica e crítica. Ele foi *construído* ao longo da implantação do Plano. A partir dessa construção objetivou-se buscar no conhecimento teórico, a fonte para a *desconstrução* desse saber empírico para, em seguida, *reconstruí-lo* de forma qualificada, sob a ótica crítico-dialética, compondo assim, elementos para o conhecimento da realidade em sua totalidade², perspectiva de análise proposta neste estudo.

Ressaltamos que essa nova realidade institucional transformou o que era uma atividade rotineira, cotidiana, em uma investigação³ rigorosa e fundamentada teoricamente, traduzido no estudo que se apresenta. Este desafio de realizar uma pesquisa em uma perspectiva claramente pautada na crítica marxista, foi um desafio constante, que esperamos ter atingido de forma mais qualificada possível.

¹ Na UFSC, temos o registro de adesões aproximadas de 11.000 vidas, entre servidores técnico-administrativos e docentes, ativos e aposentados, pensionistas, dependentes e agregados. Vide relatório de gestão DDAS/PRDHS/2010.

² A totalidade não significa todos os fatos. Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. Acumular todos os fatos não significa ainda conhecer a realidade; e todos os fatos (reunidos em seu conjunto) não constituem, ainda, a totalidade (KOSIK, 1976, p.35-36).

³ “[...] A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho, é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real”. (MARX, 1987, v. 1, p.16).

Assim, é importante situar o tema, pois a área da saúde no Brasil vem sendo marcada por múltiplas determinações históricas, políticas e econômicas. Temos como referência o movimento da Reforma Sanitária⁴ que protagonizou, na década de 1970, a luta pela universalização do direito à saúde. Mesmo sendo um movimento que partiu de uma organização corporativa dos profissionais e militantes na área da saúde pública, este desencadeou conquistas importantes, em termos de política, como a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto constitucionalmente, a partir de 1988.

Apesar de o SUS estar reconhecido, em termos de legislação, como uma conquista social, de caráter universal, em termos institucionais, não se pode afirmar o mesmo. Como política eminentemente pública, há a preocupação constante por sua manutenção e pelo seu caráter universal.

No Brasil, a atual política de saúde vem se configurando, ao longo dos anos e, mais fortemente, na década de 1990, por conta da Reforma do Estado, em uma política assentada na lógica neoliberal. No entanto, trazemos à análise que essa lógica tem contribuído para a fragilização de direitos e para a fragmentação de políticas sociais, colocando em risco o direito “universal” do acesso aos serviços essenciais da vida humana como a saúde: pública e de qualidade.

A atenção à saúde do servidor público federal é uma política, inicialmente, que sinaliza sua inserção nas denominadas parcerias público – privadas (PPP's). Ao mesmo tempo em que a atual política gestiona por melhoria das condições de saúde do servidor público federal, abre um controverso caminho de discussão enquanto uma proposta complexa envolvendo o campo de mediações e de interesses político-econômicos com a finalidade de atender, de forma integral, a saúde daqueles que são servidores públicos, mas também, os interesses do setor privado que investe no mercado da saúde.

1.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

⁴ A Reforma Sanitária - lei nº 8080/90, foi resultado de um amplo movimento que “teve como base grupos corporativos como os médicos, os sanitaristas e os profissionais de saúde coletiva, que soube superar os interesses de grupos e movimentar-se conjunta e progressivamente, no sentido de fazer toda a sociedade avançar (Gramsci, A., s.d.) em direção à construção de um projeto global de sociedade. [...] O Movimento Sanitário pode ser considerado como um *intelectual coletivamente orgânico* das classes trabalhadoras no campo da saúde.” (ESCOREL, 1989, p. 191).

Esses elementos histórico-políticos serviram para traçar o caminho metodológico do estudo, sendo necessário fazer o movimento de construção, desconstrução e reconstrução da realidade pesquisada expresso nas seções desse trabalho, que foram desenvolvidas a partir do conhecimento teórico e empírico, a saber:

A primeira seção está composta por dois itens, sendo que no primeiro tratamos da Reforma do Estado Brasileiro e a Política Nacional de Saúde, discutindo alguns elementos que constituem as bases ideológicas do pensamento neoliberal que influenciaram na constituição das políticas econômicas e sociais do atual Estado brasileiro. Em seguida, abordamos os principais elementos constitutivos da Reforma do Estado, a partir da década de 1990, e a crítica de autores contemporâneos, colocando-a nos termos da “contrarreforma”.

Esse item teve o propósito de tratar da Política Nacional de Saúde trazendo alguns elementos históricos, antes da Reforma do Estado para, em seguida, fazer uma breve consideração sobre a Política Nacional de Saúde no contexto da Reforma do Estado.

A segunda seção descreve a trajetória das perdas e conquistas para o servidor público federal, a partir do contexto da Reforma do Estado Brasileiro. Também, num segundo momento, apresentamos a atual política de atenção à saúde do servidor público federal, a implantação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC e os principais elementos que remete-nos a análise sobre as contradições e desafios éticos no espaço das políticas públicas, a partir da referida Reforma.

Essa seção teve por objetivo apontar os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que caracterizam o servidor público federal na contemporaneidade e na atual política governamental na direção de perdas e conquistas de direitos sociais.

A terceira seção traz a análise sobre as contradições e desafios éticos para o exercício profissional do assistente social no contexto da atual política de atenção à saúde do servidor público federal. Esta seção vem a ser de fundamental importância, pois objetiva trabalhar o objeto do estudo a partir dos dados empíricos e teóricos.

Nessas duas últimas seções apresentamos a visão dos sujeitos sociais que, de alguma forma, estão envolvidos ou fazem uso da política de atenção à saúde do servidor na UFSC. Procuramos apresentar o entendimento destes acerca da atual política, do exercício profissional do assistente social, qualificando suas falas e fundamentando-as com reflexões teóricas e vice-versa, concomitantemente com a análise e interpretação da pesquisadora.

1.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA

Considerando o movimento real vivenciado pela pesquisadora dentro do contexto institucional, inicialmente descrito, e do aporte teórico crítico-dialético, apresentamos o processo metodológico de pesquisa, a saber:

O tema central do estudo, exercício profissional do assistente social, emergiu a partir das inquietações e vivências da pesquisadora circunscrita em uma política pública federal, de caráter público-privado, ficando assim definido seu objeto: [...] As contradições e desafios éticos presentes nas novas requisições para o exercício profissional do assistente social, resultantes da atual política de saúde do servidor público federal, no contexto da implantação do Plano de Saúde Suplementar.[...].

Em seguida, problematizamos o tema⁵ e o objeto do estudo, trazendo elementos de criticidade, à luz do método dialético⁶, para a análise.

É importante destacar que não trabalhamos com hipóteses e variáveis por coerência teórico-metodológica, já que essa baseia-se na vertente crítico-dialética, tendo a pesquisa qualitativa como escolha.

Delimitado o objeto da pesquisa, definimos seu objetivo: identificar e analisar, a partir de uma perspectiva crítica, as contradições e os desafios éticos e as “novas” requisições presentes no exercício profissional do assistente social, no contexto da atual política, público-privada, de atenção à saúde do servidor público federal, tomando-se como referência o Plano de Saúde Suplementar na UFSC.

Pretendemos com a pesquisa atingir os seguintes objetivos específicos:

⁵ Segundo Minayo (2008, p.16): “[...] Nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.[...] Toda a investigação se inicia por uma questão, por um problema, por uma pergunta, por um dúvida. A resposta a esse movimento do pensamento geralmente se vincula a conhecimentos anteriores ou demanda a criação de novos conhecimentos.[...]”.

⁶ “[...] Meu método dialético, por seu fundamento, difere do método hegeliano, sendo a ele inteiramente oposto. Para Hegel, o processo do pensamento, - que ele transforma em sujeito autônomo sob o nome de idéia, - é o criador do real, e o real é apenas sua manifestação externa. Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ela interpretado.” (MARX, 1987, v. 1, p. 16).

- a) levantar dados bibliográficos e documentais, acerca da atual política de atenção à saúde do servidor público federal (Saúde Suplementar), nos moldes da parceria público-privada;
- b) contextualizar, a implantação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC e a inserção do assistente social nesse contexto;
- c) identificar e analisar as contradições e desafios éticos a partir das novas requisições profissionais no contexto da implantação do Plano de Saúde Suplementar;
- d) conhecer e registrar o entendimento e o posicionamento dos sujeitos sociais (gestores, usuários e sindicatos), que tem relação direta ou indireta com a atual política de atenção à saúde dos servidores públicos federais, e sua visão acerca do profissional de Serviço Social nesse contexto.

Para atingirmos os objetivos adotamos os procedimentos de campo abaixo descritos, seguidos da explicação sobre o processo realizado para a análise e interpretação dos dados.

Primeiramente identificamos um programa de estudo, a partir dos eixos temáticos, e um conjunto de categorias centrais a serem pesquisadas, a partir dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos.

Com a delimitação do tema, definimos para o nosso estudo os seguintes eixos temáticos, a saber:

- a) eixos temáticos centrais;
 - política pública e contradição,
 - parceria público/privada (Plano de Saúde Suplementar),
 - serviço social: As “novas” requisições profissionais para o exercício profissional.
- b) eixos temáticos periféricos.
 - a reforma do Estado brasileiro,
 - a política nacional de saúde (Reforma Sanitária),
 - o servidor público federal e a política nacional de saúde.

Dentre as categorias mais relevantes encontradas no tema em questão, citamos as da contradição, totalidade, universalidade, público-privado, ética pública, descentralização, igualdade, liberdade, focalização, democracia, participação, autonomia e classes sociais. No

entanto, o estudo por conter ampla gama de categorias de análise, exigiu a necessidade de delimitá-las⁷, sendo escolhidas àquelas que a pesquisadora considera as mais relevantes para a discussão do exercício profissional no contexto da atual política de atenção à saúde do servidor público federal.

Assim, adotamos como categorias centrais: totalidade; contradição; universalidade; ética pública; público-privado. Também foi realizada, uma revisão bibliográfica dos principais conceitos⁸ de tais categorias: conceitos teóricos e conceitos de observação direta e indireta⁹.

Ressalte-se dizer que a categoria *ética*¹⁰ vem a ser a categoria de fundo e uma das mais relevantes consideradas no estudo. Justificamos tal escolha por entender que esta perpassa por todas as demais categorias, permitindo aprofundar a dimensão do objeto estudado.

[...] a racionalidade da ação econômica nunca é completa quando se considera apenas seu aspecto sistêmico, ou seja, a eficiência na produção dos bens, mas implica fundamentalmente, isto é, em primeiro lugar, a configuração racional, isto é, *‘ética, das relações sociais’*. Isto significa dizer que a ação econômica constitui, acima de tudo, um problema ético básico: o problema do reconhecimento dos sujeitos entre si como parceiros de igual dignidade e o problema do ser e do valor próprio da natureza, o que se efetiva na construção de mecanismos institucionais que tornem este reconhecimento possível. (OLIVEIRA, 1996, p.191).

Dentro da ética, o tema apontará algumas análises de ordem política, pois envolve a saúde como política e as estratégias

⁷ Ver a delimitação das categorias e dos eixos temáticos no apêndice d.

⁸ Conceitos “são vocábulos ou expressões carregados de sentido, em torno dos quais existe muita história e muita ação social.[...] Nele se concentra muita teoria, muitas representações da realidade, muita posição e muita história.[...] Em seu aspecto cognitivo, o conceito é delimitador e focalizador do tema em estudo”.(MINAYO, 2008, p.19).

⁹ Os conceitos teóricos são os que compõem e estruturam o discurso da pesquisa: eles permanecem no nível da abstração. Os conceitos de observação direta, são os que definem os termos com os quais o pesquisador trabalha em campo ou nas análises documentais e os conceitos de observação indireta são os que fazem a relação do contexto da pesquisa com os conceitos de observação direta (KAPLAN,1972, apud MINAYO, 2008, p. 20).

¹⁰ A ética de que tratamos vem a ser a ética da inclusão e não da exclusão, tomando-se por referência Manfredo Araújo Oliveira (2001).

governamentais no que tange a administração de planos, programas e projetos sociais, na esfera pública.

Procuramos trabalhar com a totalidade das categorias, construindo, desconstruindo e reconstruindo o conhecimento sobre a realidade em estudo, na tentativa de qualificar a fala dos sujeitos e dar criticidade e aprofundamento à temática.

Destaque-se as categorias da contradição e totalidade.

Da contradição pelo fato de que utilizar-se-á a análise em uma perspectiva que confronte as questões levantadas do ponto de vista ético-político no âmbito do público e privado. E da totalidade, pois é necessário avaliar-se de forma ampliada o tema considerando o movimento dialético entre público e privado em seu contexto histórico.

Nesta direção, podemos dizer, que existe contradição na relação entre público e privado no âmbito das políticas públicas, e essa contradição deve ser analisada levando-se em conta o seu contexto histórico, os seus determinantes sociais e econômicos e as condições objetivas em que se encontra, independentemente da contradição particular de cada política, ou de cada indivíduo que dela se utiliza.

Esta primeira etapa, eminentemente teórica, exigiu um esforço muito grande de leitura, interpretação, elaboração e construção dos fundamentos teóricos e políticos deste estudo. O que indicou a definição da pesquisa qualitativa¹¹ como referência (apêndice d). Optamos por esta forma de pesquisa pois ela permite a aproximação dos dados diretamente com os sujeitos incluídos na pesquisa, o que torna o estudo mais próximo da realidade empírica e passível de se trabalhar na direção crítica dialética da investigação, da totalidade da realidade pesquisada. Entendemos que a pesquisa qualitativa vem a ser um contraponto às pesquisas amostrais e probabilísticas, de cunho positivista¹².

Ressaltamos que, inicialmente buscamos a pesquisa denominada “estudo de caso”¹³, mas, logo em seguida abandonamos esta opção.

¹¹ Segundo Minayo (2008, p.160), a pesquisa qualitativa tem “no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”. Segundo Richardson (2010, p. 95), “[...] o investigador qualitativo está mais preocupado com a validade das informações coletadas[...]”.

¹² “A principal influência do positivismo nas ciências sociais consiste na utilização da filosofia e dos conceitos matemáticos para a explicação da realidade”. (MINAYO, 2008, p.22).

¹³ Diniz (1999, p.46-50) esclarece que: “[...] Por sua natureza heurística, o estudo de caso é exploratório e tem como principal utilidade, a possibilidade de apreensão do problema nos seus diferentes traços, inquirindo o pensamento lógico e estimulando a experiência intelectual. Sua importância também está no fato de não fazer do conhecimento descritivo o alvo essencial, mas de promover a ruptura do senso comum, através de um processo de compreensão dos elementos mais significativos, investigados com profundidade.[...] A

Seguimos pela pesquisa qualitativa e recusa do estudo de caso, tendo importante contribuição da banca examinadora no momento da qualificação do projeto, realizada nesta etapa dos estudos.

Justificamos o motivo da não opção pelo estudo de caso, por este ter uma essência eminentemente exploratória, onde a realidade ainda não é conhecida pelo pesquisador. No estudo de caso não se tem muito conhecimento da situação. Não estudamos a Instituição UFSC ou o Plano de Saúde Suplementar¹⁴, eles fazem parte do campo de mediações para construir a totalidade, permitindo abordar e analisar em profundidade, os desafios éticos para o exercício profissional do assistente social no contexto de uma política pública-privada. O objeto de estudo está apenas localizado dentro de uma Instituição de Ensino e de um Plano de Saúde, escolhidos como referências para a análise, sendo estes apenas o lugar onde os sujeitos, incluídos na pesquisa, estão inseridos. Portanto, não estudamos uma Instituição em particular, um Plano, programa ou projeto específico e nem mesmo um grupo, uma comunidade, ou um caso individual.

Estudamos um objeto carregado de múltiplas determinações objetivas e subjetivas, num contexto dado e conhecido historicamente. Também, queremos enfatizar que o estudo em questão não é de caráter exploratório, pois a pesquisadora estava inserida no contexto pesquisado e, portanto, já tinha passado pelo processo de observação exploratória, vivenciando a realidade social aqui retratada.

Sobre o objeto de estudo, enfatizamos que este ultrapassa os muros da Instituição quando trabalhamos na perspectiva histórico-dialética. Em nosso caso a Instituição e o plano de saúde suplementar constituem a dimensão situacional de nossa pesquisa, e não propriamente o objeto de estudo a ser analisado.

Tendo como preocupação o conteúdo histórico da investigação, e a necessidade da interpretação dos dados coletados na investigação, optamos por utilizar as pesquisas documental e a bibliográfica, caracterizando uma segunda etapa da pesquisa.

pesquisa exploratória, categoria na qual se situa o estudo de caso, propõe uma busca e não uma verificação de informações. [...] O investigador, na verdade, tem um caminho a trilhar diante do objeto a ser pesquisado”.

¹⁴ Segundo Minayo (2008, p.47), “[...] vale ainda distinguir se a escolha da instituição ou comunidade é apenas o lugar onde se encontrarão os sujeitos de estudo ou se estas serão, por si mesmas, o foco da análise, visando um estudo de caso (de modelos de atendimento, de gestão, etc.).[...]”.

A pesquisa qualitativa utilizou-se da técnica descritiva¹⁵ que permite que os dados coletados possam ser interpretados em profundidade. Tendo como fontes primárias¹⁶ as falas dos sujeitos incluídos na pesquisa.

As pesquisas documental¹⁷ e bibliográfica dispõem de dados secundários¹⁸, mas não menos importantes, pois permitem o estudo de documentos, artigos, publicações à respeito do tema, permitindo a sua contextualização histórica.

Para a realização da pesquisa documental fomos coletando um conjunto de documentos de fontes oficiais, que tem como objetivo registrar os eventos históricos desde a criação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC, bem como, permite contextualizar a política de atenção à saúde do servidor público federal no âmbito da UFSC.

Com a pesquisa bibliográfica recolhemos fontes de diversos autores que possuem conhecimento analítico sobre o assunto para embasar a pesquisa. Dentre os autores, serão priorizados os que buscam uma leitura crítica a cerca do problema estudado. (apêndice d).

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, registrado em 13/08/10 e aprovado em 27/09/10 - processo nº 929 /FR 35914/CEPSH/PRPE/UFSC. (apêndice g).

Quanto à população (universo) a ser pesquisada consiste na totalidade dos sujeitos sociais que, de alguma forma, tem relação com o tema estudado. Justificamos a escolha dos referidos sujeitos sociais, pois os mesmos estão inseridos no contexto da atual política de atenção à saúde do servidor público federal, de forma direta e indireta. Também foram apreendidos desses sujeitos como entendem o trabalho do assistente social no contexto da atual política de atenção à saúde .

¹⁵ Marconi e Lakatos (1999 apud MINAYO 2008, p. 470), esclarecem que “há várias formas de categorização de uma pesquisa. Elas podem ser [...] descritiva, explicativa, experimental se for considerado o seu nível de interpretação[...]”.

¹⁶ Fontes primárias são “[...] a produção primária de dados, isto é, quando o pesquisador produz o dado na interação direta com os sujeitos através de entrevistas, observações, aplicação de questionários”. (MINAYO, 2008, p.49).

¹⁷ Esclarece Gil (1995, p.73) que “[...] a pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”.

¹⁸ Dados secundários se constitui a partir de “[...] acervos já existentes, tais como documentos, banco de dados, revistas, jornais, coleções de artefatos, etc.” (MINAYO, 2008, p. 49).

Os contatos foram realizados por meio telefônico e por correio eletrônico (e-mails), com agendamento prévio de sete a trinta dias, anteriores à data agendada para a entrevista. Não houve dificuldade no contato com os sujeitos e nem com o cumprimento dos prazos por parte dos entrevistados, com exceção de um representante sindical e de duas assistentes sociais que remarcaram as datas, porém, dentro do cronograma previsto.

Os servidores entrevistados foram atendidos pela pesquisadora, enquanto gerente do Serviço de Atenção à Saúde Suplementar (SASS), e também atendidos na Divisão de Serviço Social – atenção ao servidor, em diversas situações anteriores.

Os gerentes foram escolhidos conforme os cargos que ocupam nas respectivas instituições, sua situação sócio-ocupacional, e com o cuidado de serem representativos sobre a política de Saúde Suplementar.

Os representantes sindicais são ocupantes de cargos de direção em suas entidades representativas.

Quanto ao médico perito, este é vinculado à Junta Médica Oficial da UFSC, que com a implantação do Sub-Sistema integrado de atenção à saúde do servidor (SiASS) passará a ser denominado Junta Oficial em Saúde¹⁹, face ao caráter interdisciplinar previsto nas diretrizes do SiASS. Este setor faz parte do DDAS/PRDHS.

Por ocasião da realização do Congresso Brasileiro de Assistentes Socais, no mês de agosto do ano de 2010, foi possível realizar a entrevista com o representante do Governo Federal, no Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). A fala trazida de um governante que está diretamente relacionado com a gerência em nível nacional dos Planos de Saúde Suplementar, constituiu um importante registro para a compreensão e apreensão da totalidade da atual política de saúde do servidor público federal.

As entrevistas foram realizadas no ano de 2010 e o tempo de duração das entrevistas foi, em média, de 30 minutos, extrapolando um pouco mais com as assistentes sociais, cujo tempo ficou em torno de 45 minutos.

Os 14 entrevistados são os seguintes:

a) 5 gestores;

— 1 gestor do Governo Federal / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão -MPOG/

¹⁹ A nomenclatura Junta Médica Oficial passou a ser reconhecida como Junta Oficial em Saúde (MPOG, 2010, p.1).

- Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor –DESAP,
- 2 gestores públicos – PRDHS/UFSC,
 - 2 gestores privados – Cooperativa Médica.
- b) 5 profissionais da UFSC que atuam junto ao DDAS/PRDHS;
- 4 assistentes sociais da Divisão de Serviço Social-atenção ao servidor,
 - 1 médico perito.
- c) 2 representantes dos servidores da UFSC (dirigentes sindicais);
- 1 membro da diretoria do Sindicato de técnico-administrativos da UFSC (Sintufsc),
 - 1 membro da diretoria da Associação de professores da UFSC (Apufsc).
- d) 2 servidores da UFSC, usuários do Plano de Saúde Suplementar atendidos pelo Serviço Social.
- 1 servidor técnico-administrativo,
 - 1 servidor docente.

A escolha dos sujeitos acima descritos é justificada a partir da perspectiva de coleta de dados sugerida por Minayo (2008).²⁰

A coleta dos dados teve o consentimento de todos os entrevistados, os quais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, como mencionado anteriormente.²¹

A metodologia do trabalho compreendeu a coleta e a interpretação dos dados considerando as suas múltiplas determinações (o sujeito inserido em uma classe social e em um espaço sócio-ocupacional, sob a análise dos aspectos econômicos, culturais, sociais, ético-políticos que estão intrínsecos aos depoimentos) objetivando a obtenção de uma leitura dialética da realidade.

²⁰ “[...] a idéia de amostragem não é a mais indicada para certas pesquisas sociais, especialmente aquelas de cunho qualitativo. Isto se deve ao fato que o universo em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes [...] A boa seleção dos sujeitos ou casos a serem incluídos no estudo é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.” (MINAYO, 2008, p.48).

²¹ Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo CEPESH, vide apêndice g.

Pretendeu-se elencar a partir dos dados colhidos, as categorias temáticas que mais são presentes nas falas, sendo transcritas e analisadas no contexto mais amplo, tomando-se por base a teoria escolhida e procedendo a análise e interpretação dos dados, baseada na proposta de Minayo (2008)²².

A análise dos dados colhidos por meio da técnica abaixo descrita, e pelo aporte teórico crítico adotado contribuiu para que os resultados se aproximassem da totalidade investigada, propiciando a interpretação qualitativa dos dados intencionando um “salto” para o novo conhecimento.

Assim, a metodologia adotada permitiu o movimento de extrair da realidade as múltiplas determinações que levam a discutir o problema em questão, a partir das categorias centrais e eixos temáticos, analisando-as, desconstruindo-as e reconstruindo-as, à luz da vertente crítico-dialética, e de autores que iluminaram as reflexões a cerca do exercício profissional do assistente social neste contexto.

A técnica utilizada que propiciou o movimento acima descrito foi a entrevista. As entrevistas consistiram em perguntas semi-estruturadas.

As perguntas foram formuladas com base nos eixos temáticos em estudo, porém, no decorrer do processo de apreensão das falas, elas foram sendo complementadas. Portanto, as perguntas não estão colocadas de forma linear para todos os entrevistados, e sim, conforme o contexto em que estão inseridos (posição de cada sujeito em seu espaço sócio-ocupacional e atribuições profissionais).

Os dados coletados foram cuidadosamente transcritos e organizados, considerando as categorias centrais do estudo.

Adotamos como ponto de partida para as análises, as categorias centrais, porém, sem tomá-las de forma engessadas e fragmentadas e sim, no contexto dinâmico da realidade e procurando, dialéticamente, conversar sobre essas categorias, situando-as na fala dos sujeitos e relacionando-as com o objeto em estudo.

Baseados nos eixos temáticos periféricos, formulamos uma pergunta essencial que foi feita à todos os entrevistados (mantemos a essência dos textos) a saber: Qual a importância da atual política de atenção à saúde, nos moldes da parceria público-privada, para os servidores públicos federais?

²² “[...] para que possamos interpretar os nossos dados, é preciso: (a) buscar a lógica interna dos fatos, dos relatos e das observações; (b) situar os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; (c) produzir um relato dos fatos em que seus atores nele se reconheçam”. (MINAYO, 2008, p.100).

Baseados nos eixos temáticos centrais fizemos perguntas mais relacionadas às contradições, a ética e ao exercício profissional:

- a) do ponto de vista da ética pública e do alcance social, qual seu entendimento sobre a atual política de atenção à saúde do servidor público federal, envolvendo a parceria público-privada?;
- b) como você entende o exercício profissional do assistente social frente a atual política de atenção à saúde, nos moldes da parceria público-privada?;
- c) que demandas e requisições poderão ser apresentadas aos assistentes sociais frente a atual política de atenção à saúde do servidor, tendo o Plano de Saúde Suplementar como opção de assistência e o SiASS (Sub-sistema integrado de atenção à saúde do servidor) como promoção e vigilância à saúde? ;
- d) no seu entendimento, existem contradições para o exercício profissional do assistente social, frente a atual política de atenção ao servidor público federal? Quais e explique.

Das falas dos sujeitos sociais entrevistados, extraímos os principais fragmentos que exprimem o entendimento desses sujeitos acerca da atual política de atenção à saúde do servidor e da visão destes acerca do Serviço Social neste contexto. Entenda-se por “falas”²³, os fragmentos extraídos dos depoimentos dos sujeitos entrevistados.

Na seqüência, descrevemos o movimento dialogado com os sujeitos entrevistados. Essa fase em que dialogamos com os sujeitos, consistiu em aproximações sucessivas²⁴ com os dados coletados, processando-os e qualificando-os à luz das categorias de análise e do aporte teórico adotado. O trabalho de análise e interpretação dos dados empíricos se deu da seguinte forma:

- a) inicialmente foi necessário separar os fragmentos das quatorze falas dos sujeitos, identificando-os conforme a atividade sócio-ocupacional de cada um, na seguinte seqüência;
 - gerentes,

²³ As falas dos sujeitos estão apresentadas ao longo das Seções 2 e 3 e, também na conclusão.

²⁴ Aproximações sucessivas foi uma expressão que conhecemos nas aulas de Martinelli (1991) na Universidade de Canoinhas/SC, no Curso de Pós-graduação em Metodologia do Serviço Social no ano de 1998, que resgato por meio da fala de Pontes (2009, p.83) que trata da categoria mediação: “[...] a razão reconstrói o movimento do real, e posteriormente faz ‘o caminho de volta’ até o objeto, mais enriquecida por novas e múltiplas mediações. Este processo de *aproximações sucessivas* torna-se um imperativo para o conhecimento dialético”.

- assistentes sociais,
 - médico perito,
 - servidores e,
 - representantes sindicais.
- b) para garantir o sigilo profissional, substituímos os nomes próprios de cada sujeito por letras do alfabeto, em minúsculo, e por ordem alfabética, conforme a sequência sócio-ocupacional, a seguir;
- “a” – gerente - Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão – MPOG,
 - “b” – gerente - UFSC,
 - “c” – gerente – UFSC,
 - “d” – gerente – cooperativa Médica,
 - “e” – gerente – cooperativa Médica,
 - “f” – assistente social – UFSC,
 - “g” – assistente social – UFSC,
 - “h” – assistente social – UFSC,
 - “i” – assistente social – UFSC,
 - “j” – representante sindical – Associação dos professores da UFSC (APUFSC),
 - “k” – representante sindical – Sindicato dos Técnico-administrativos da UFSC (SINTUSFC),
 - “l” – esse sujeito não faz parte do rol dos 14 entrevistados, somente participou como fala complementar ao sujeito “k”,
 - “m” – médico perito – UFSC,
 - “o” – servidor técnico-administrativo da UFSC,
 - “p” – servidor docente da UFSC.
- c) em seguida, identificamos as categorias pelas letras do alfabeto, em maiúsculo, em ordem a seguir. Cada categoria recebeu uma cor, (apêndice e);
- totalidade ,
 - contradição,
 - universalidade,
 - ética,
 - público-privado.

- d) assim, foi preciso organizar o processo de análise e interpretação dos dados *desconstruindo* as falas dos sujeitos e qualificando-as conforme as categorias e os eixos temáticos e o aporte teórico adotado. Foram quatorze entrevistas gravadas e transcritas, na íntegra, sendo realizada a “limpeza” dos textos transcritos. Este momento exigiu grande esforço e uma parcela considerável de tempo despendido;
- e) para esse processo, fomos às entrevistas (apêndice f) destacando os fragmentos de cada fala e identificando-os com as cores respectivas de cada categoria;
- f) por fim, procedemos à *construção* da análise e interpretação de cada entrevista, individualmente, para, ao final, realizarmos a *reconstrução* e a *síntese*, ou seja, a interrelação/interconexão entre os dados empíricos e a teoria social crítica, e vice e versa.

Assim, esperamos que os leitores estejam, suficientemente, esclarecidos sobre o percurso teórico-metodológico desta pesquisa e da estrutura deste trabalho, bem como, instigados a continuarem a leitura para compreensão de seu conteúdo e resultados.

2 A PROBLEMÁTICA ÉTICA DA REFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A proposta desta seção é apresentar o cenário do contexto histórico, social e político do Brasil, à luz de referências teóricas de autores clássicos e contemporâneos, que exerceram influência sobre as políticas econômicas e sociais brasileiras nas últimas décadas. Início com um breve resgate histórico sobre a raiz ideo-política do liberalismo, o qual balizou os governos desde a década de 1920, até as décadas de 1970 a 1980, chegando à década de 1990 com medidas macroeconômicas identificadas como neoliberais.

Na sequência, a reforma do Estado brasileiro é contextualizada na dimensão de uma contrarreforma, por autores contemporâneos que fazem uma leitura crítica ao neoliberalismo vigente na década de 1990, com consequências para o atual governo.

Em um segundo momento, com referenciais das décadas de 1950 a 1980, antes da Reforma do Estado brasileiro e, portanto antes da Constituição Brasileira de 1988, trazemos um pouco da história da saúde pública brasileira, contada por autores e profissionais da saúde, militantes na área da saúde pública e integrantes do movimento da Reforma Sanitária iniciado na década de 1970.

Na perspectiva da totalidade, a intenção é apanhar alguns determinantes para a compreensão e a apreensão da problemática que se pretende analisar.

2.1 A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Iniciamos esta seção, tratando das raízes ideo-políticas que compõem o Estado brasileiro e seus reflexos para a Política Nacional de Saúde, pois entendemos ser necessário, mesmo de forma sucinta, situarmos o leitor no contexto histórico o qual incide, diretamente, na ação dos atores sociais que atuam com políticas de saúde no Brasil. Essas múltiplas determinações econômicas, políticas, sociais, culturais, trazem implicações éticas para o exercício profissional do assistente social, especialmente no recorte da política que estamos tratando.

2.1.1 As bases ideó-políticas do pensamento neoliberal no Estado brasileiro

A reforma do Estado brasileiro na década de 1990 assumiu e acentuou os contornos advindos da tradição liberal²⁵, mais especificamente, o pensamento neoliberal.

A tradição liberal entende o indivíduo como responsável pelas determinações econômicas e sociais, sendo ele dotado de liberdade para galgar sua autonomia. Esta vertente entende o Estado como coadjuvante da sociedade civil para o desenvolvimento das políticas sociais, e o mercado, como o grande regulador das relações.

Nesta direção, surgem pensadores contemporâneos que reafirmam o ideário liberal e exercem grande influência na constituição das políticas sociais e econômicas no Estado brasileiro, firmando as bases do pensamento neoliberal.

Carlos Eduardo Sell (2006, p.58-62) esclarece que: [...]“as idéias dos pensadores neoliberais²⁶ como John Maynard Keynes, Friedrich August Von Hayek e Milton Friedman estão presentes na contemporaneidade”. Na verdade, o pensamento liberal desses autores influenciaram para o desenvolvimento do neoliberalismo.

Porém, é importante destacar que há diferenças de concepção entre eles. Enquanto para Keynes, o Estado deve intervir na economia de mercado, para Hayek o Estado deve incentivar o livre mercado. Hayek separa política de economia, sendo que, segundo Keynes, o Estado deveria ter funções mais amplas para evitar as crises econômicas e sociais. Assim, podemos dizer que alguns princípios de Hayek sobre o Estado e o mercado, como o citado acima, prevalece sobre o de Keynes aparecendo na política de reforma do Estado brasileiro, a partir dos anos de 1990. (SELL, 2006).

Deste modo, como expressão do pensamento liberal, trago alguns elementos para reflexão acerca do pensamento liberal em Friedrich

²⁵ O liberalismo se divide em dois tipos: o liberalismo econômico e o liberalismo político.[...] O liberalismo político, de forma geral, defende a idéia do “Estado mínimo”. O fundador do liberalismo político é o pensador inglês John Locke (1632-1704). O fundador do liberalismo econômico é o filósofo escocês Adam Smith (1723-1790). [...] Para o fundador do liberalismo econômico, (apud SELL, 2006, p. 55-56) “[...] o Estado não deve interferir na competição de mercado. [...] A economia, por sua vez, deveria ser dirigida pelo princípio do *laissez-faire* (deixe fazer) e do *laissez-passer* (deixe passar): em resumo, pela liberdade irrestrita de mercado”.

²⁶ A expressão neoliberal é atribuída ao conjunto de autores e teorias do liberalismo econômico contemporâneo [...] (SELL, 2006, p. 62).

Augusto Von Hayek (1889-1992), para que se possa contextualizar a realidade neoliberal em questão.

Em sua obra “O Caminho da Servidão”, o pensador liberal, com raízes na corrente positivista de Comté, entendia que os socialistas interpretavam erroneamente o que os liberais queriam dizer com individualismo. Para Hayek (1990), ao contrário de Karl Marx (1818-1883), a condição social e econômica dependida não só do Estado, mas, sobretudo, da ação do indivíduo como ser dotado de liberdade. Criticou veementemente o socialismo e o marxismo, com argumentos como, a seguir:

[...] O individualismo tem hoje uma conotação negativa e passou a ser associado ao egoísmo. Mas o individualismo a que nos referimos, em oposição ao socialismo e a todas as outras formas de coletivismo, não está necessariamente relacionado a tal acepção. [...] podemos dizer que o individualismo [...] tem como características essenciais o respeito pelo indivíduo como ser humano, isto é, o reconhecimento da supremacia de suas preferências e opiniões na esfera individual, por mais limitada que esta possa ser, e a convicção de que é desejável que os indivíduos desenvolvam dotes e inclinações pessoais. “Liberdade” é agora uma palavra tão desgastada que devemos hesitar em empregá-la para expressar os ideais por ela representados durante aquele período. (HAYEK, 1990, p.42).

Conforme Maria Lúcia Duriguetto (2007, p.88), Hayek defendia

[...] a restauração do mercado como instância mediadora central na regulação das esferas da vida social e a redução da intervenção do Estado na dinâmica da vida social (no que tange à garantia de direitos sociais e políticos e a uma máxima intervenção para a valorização do capital) constituem, em linhas gerais, os fundamentos de um novo projeto social e a única alternativa para a democracia.

É importante ressaltar que, ao contrário da vertente liberal, Karl Marx (1999, p.24), no prefácio de sua obra “Contribuição à Crítica da Economia Política” escrito em 1859 –, já expressava seu pensamento materialista, trazendo elementos para reflexão acerca da influência do

modo de produção da vida material para o desenvolvimento da vida social dos homens,

[...] os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. O conjunto destas relações de produção constituiu a estrutura econômica da sociedade, a base concreta sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e a qual correspondem determinadas formas de consciência social.[...] O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência. (MARX, 1999, p.24).

Para Marx (1999), fica evidenciado que, o ser humano é, por natureza, um ser social, que transforma a sociedade e é transformado por ela, daí seu caráter coletivo e de classe.

[...] O caráter social é, pois, o caráter geral de todo o movimento; assim como é a própria sociedade que produz o *homem* enquanto *homem*, assim também ela é produzida por ele [...] O indivíduo é o *ser social*.[...].(MARX, 1985, p. 09-10, grifo do autor).

O liberalismo veio a ser considerado uma filosofia “negativa”, pois era associado pelos seus opositores a uma filosofia antissocial e aos poucos foi perdendo força, principalmente no final do século XIX.

A chegada da grande crise do liberalismo econômico que se deu a partir de 1920, quando o mundo capitalista caiu em uma profunda recessão, com altas taxas de juros e o desencadeamento da inflação. A partir desse momento, as ideias neoliberais passaram a ganhar força. Os sindicatos se fortaleciam e desencadeavam reivindicações sociais para os trabalhadores. A saída dos governantes era tornar o Estado forte no controle social promovendo o enfraquecimento do poder dos sindicatos, em contrapartida, tornar o Estado mínimo para os gastos sociais e para as intervenções econômicas. A busca por uma estabilidade econômica era a meta dos neoliberais, promovendo reformas que trariam

consequências desastrosas no decorrer dos anos 1990, com reflexos até os dias atuais, em relação à garantia de direitos sociais conquistados por meio dos movimentos sociais dos trabalhadores, impulsionadas pelas organizações sindicais e partidos políticos de vertente esquerdista.

Para Anderson (1995, p.14), o objetivo maior do neoliberalismo era evitar a inflação que assolava a década de 1970:

[...] a prioridade mais imediata do neoliberalismo era deter a grande inflação dos anos 70. Nesse aspecto, seu êxito foi inegável.[...] o grau de desigualdade, outro objetivo sumamente importante para o neoliberalismo, aumentou significativamente no conjunto dos países da OCDE – Organização Européia para o Comércio e Desenvolvimento: a tributação dos salários mais altos caiu 20% em média nos anos 80, e os valores das bolsas aumentaram quatro vezes mais rapidamente do que os salários. Então, em todos estes itens, deflação, lucros, empregos e salários, podemos dizer que o programa neoliberal se mostrou realista e obteve êxito. Mas, no final das contas, todas estas medidas haviam sido concebidas como meios para alcançar um fim histórico, ou seja, a reanimação do capitalismo avançado mundial, restaurando taxas altas de crescimento estáveis, como existiam antes da crise dos anos 70. (ANDERSON, 1995, p. 14).

No Brasil, lembramos que, durante o período da década de 1960 a 1980, os movimentos de resistência à ditadura, vinculados à vertente da esquerda, se faziam presentes, em meio à ditadura militar, na clandestinidade, lutando pela democratização do país e pela igualdade social. Foi um exemplo de resistência à ditadura e ao liberalismo econômico, o Movimento da Reforma Sanitária, trazendo à tona a concepção da universalização do direito à saúde para todos, contrapondo-se à visão liberal privatista. Todavia, a luta da esquerda parecia estar na contramão do crescimento econômico, industrial e tecnológico que o país empreendia. Ao mesmo tempo em que era promulgada a Constituição Federal de 1988, tida como Constituição Cidadã, crescia a onda do neoliberalismo pautado nas leis da macroeconomia, o que trouxe consequências para o campo social no que tange aos direitos constitucionalmente conquistados.

Assim, apesar das conquistas democráticas constitucionais, a “Reforma” do Estado brasileiro ocorrida na década de 1990 se pautava nas políticas externas da nova direita na Europa e na América do Norte, com as propostas de Thatcher (Inglaterra) e Reagan (Estados Unidos), que objetivam a redução dos impostos em favor dos ricos, elevando as taxas de juros. Esta concepção é a que, ainda, se divulga pelo mundo, por meio da globalização²⁷ da economia, sustentada, especialmente, pelos organismos financeiros internacionais, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, que comandam uma política social de caráter focalizado e excludente do ponto de vista da universalidade.

Vale mencionar, que a diferença fundamental entre o *liberalismo* e o *neoliberalismo* está centrada, especialmente, no papel da burguesia e do Estado como reguladores da economia. A primeira fortalece o papel da burguesia como controladora dos recursos, numa postura conservadora e anti-democrática, trazendo a ideia de uma autorregulação e controle da economia a partir da lógica do consumo e da desigualdade social, e a segunda coloca o Estado como regulador das políticas sociais, dividindo com a sociedade civil a responsabilidade na administração da coisa pública, situando-o como coadjuvante, e não como o principal ator responsável pela condução das políticas públicas, e se utilizando dos organismos internacionais para garantir políticas focalizadas na lógica da desigualdade social. A diferença fundamental, portanto, está no conceito de hegemonia, como ideologia.

No liberalismo, de acordo com Borón (1995):

[...] a democracia é protetora dos direitos individuais [...] o velho modelo liberal pressupunha uma conduta ascética por parte dos burgueses. Dava-se como certo, que, dada a disponibilidade de recursos, estes burgueses investiram mais e controlariam seus gastos. Descartava-se aprioristicamente a hipótese de que tais setores pudessem entrar numa corrida desenfreada de consumo dispendioso, conducente ao desperdício e ao investimento. Mas foi precisamente isto o que ocorreu. (BORÓN, 1995, p. 145).

²⁷ “A Globalização tem sugerido universalização das atividades econômicas, sociais, políticas e culturais. Ela alude à inserção econômica, social, política e cultural aos países no mercado internacional, nas trocas econômicas, políticas, sociais e culturais existentes no mundo.” (VIEIRA, 2009, p. 107).

Vale ressaltar que as bases ideopolíticas do pensamento neoliberal se contrapõem veementemente à outra vertente denominada socialismo. Este entende que as leis de mercado geram a desigualdade social, sendo sua direção ideológica apontada para a superação das desigualdades. Autores socialistas de várias matizes políticas opinam sobre essa nova ordem societária. Neste sentido, gostaria de destacar as palavras de Michael Löwy (1999). no livro intitulado “Pós-Neoliberalismo II”. Ele expressa seu pensamento:

A lógica mercantil está sendo aceita como a lei da natureza, como um dado inquestionável, inclusive por amplos setores de esquerda. Por isso considero que qualquer confronto com o neoliberalismo implica uma dessacralização do mercado, sua necessária desmistificação e o desenvolvimento de uma proposta crítica que o reconheça como parte de um sistema econômico que não tem nada de natural, de fatal ou de inevitável. [...] Vejo uma contradição intrínseca entre a idéia de socialismo e a realidade do mercado. (LÖWY, 1999, p. 170-171).

Anderson et al (1995, p.174), na mesma perspectiva crítica de Löwy (1999), porém, trazendo elementos desmistificadores acerca do socialismo, esclarece que:

O socialismo é um projeto de transição para uma sociedade sem alienação e sem exploração. O socialismo não é uma sociedade desalienada, continua sendo uma sociedade na qual se é remunerado em função da produtividade. Tenho todas as desconfianças clássicas a respeito do mercado.[...] Não devemos pensar que socialismo é sociedade sem classes, sem Estado, sem alienação. É uma transição e dentro dessa margem eu aceitaria pensar formas mercantis sobreviventes, mas com uma dinâmica tendencialmente superadora da lógica de mercado. (ANDERSON et al, 1995, p. 174).

Estas reflexões de fundo trazem a discussão da reforma do Estado brasileiro que abordaremos a seguir. Também trazem conteúdos teóricos para entendermos a relação entre política social e política econômica, e suas imbricadas relações, sobre o que é público e privado, o que é estatal e não estatal, sobre a universalidade, as dimensões do individual e do

coletivo e entendermos que todas são, ao mesmo tempo, complementares e contraditórias em sua natureza ética quanto ao princípio básico da *universalidade* no acesso aos direitos sociais. E essa discussão passa, necessariamente, pela concepção de mundo e de sociedade que almejamos.

2.1.2 A reforma do Estado brasileiro

Como descrevemos até agora, a influência do liberalismo e o surgimento do neoliberalismo no Estado brasileiro desencadearam perdas sociais conquistadas, colocando o caráter econômico acima do social, levando-se a considerar que o público torna-se extensão do privado e o privado extensão do público. É neste contexto que a Reforma²⁸ do Estado brasileiro, deflagrada na década de 1990, se coloca como alternativa para enfrentar a crise econômica, não a desigualdade social.

A desigualdade social, na perspectiva da Reforma do Estado, é tratada como crise econômica para resolver problemas decorrentes do capitalismo mercantilista, que tem como fundamento o liberalismo econômico, gerando uma inversão de cunho ético, pois as necessidades humanas ficam à mercê da política econômica. O econômico passa a ser o fim, quando deveria ser o meio para a resolução dos problemas sociais que, em última análise, passa a ser tratada como refém do capitalismo.

Evaldo Vieira (2009, p.136-137) esclarece bem essa questão, quando trata da política econômica e da política social:

A política econômica e a política social relacionam-se intimamente com a evolução do capitalismo. [...] Qualquer exame da política econômica e da política social deve fundamentar-se no desenvolvimento contraditório da história. (VIEIRA, 2009, p. 136-137).

²⁸ “O vocábulo *Reforma* [...] remete a transformações sociais e econômicas orientadas para uma sociedade mais igualitária, democrática e humana, [porém] foi apropriado e *reconvertido* pelos ideólogos do neoliberalismo num significante que alude a processos e transformações sociais de claro sinal involutivo e antidemocrático. As *reformas econômicas* postas em prática nos anos recentes na América Latina são, na realidade, *contra-reformas* orientadas para aumentar a desigualdade econômica e social e para esvaziar do conteúdo as instituições democráticas.” (BORÓN, 1999, p.11).

Vieira (2009, p.136-144) continua sua análise, trazendo a importância do planejamento para as políticas sociais e econômicas na direção do coletivismo, como forma de substituição do planejamento para o mercado:

[...] A política econômica e a política social vinculam-se à acumulação do capital.[...] Tem-se assistido na evolução do capitalismo ao predomínio da política econômica sobre a política social. A prioridade ficará toda com a política econômica e o restante, principalmente no Brasil, torna-se resto mesmo. Tal distinção parece não acontecer quando o planejamento central (dos países chamados socialistas) substitui o planejamento de mercado (dos países capitalistas). Se o planejamento é centralizado, se não é voltado para a economia de mercado, tenta-se projetar a distribuição dos bens a partir de critérios coletivistas. (VIEIRA, 2009, p. 136-144).

Essa relação, contraditória, entre política social e política econômica está presente nas políticas empregadas a partir da Reforma do Estado, com desdobramentos éticos para as instituições de caráter eminentemente público. A política de atenção à saúde do servidor público federal, na dimensão público-privada, é uma política de caráter social, determinada pela política econômica vigente, inserida no “movimento contraditório da história”, como revela Vieira (2009). Portanto, há que se fazer uma contextualização histórica para que entendamos esse movimento no bojo da Reforma do Estado, o que nos remonta ao governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC, na década de 1990, quando as diretrizes para as políticas sociais brasileiras sofreram a influência da vertente neo-liberal, denominada por este de “social-liberal”.

Assim, reporto-me à breve contextualização teórica, trazendo algumas referências de autores contemporâneos que estudam as faces do Estado brasileiro do ponto de vista histórico-crítico.

No primeiro mandato de FHC, entre 1995 e 1998, o ciclo de Reforma do Estado foi intensificado, com a implantação do Plano Real, sendo adotadas várias medidas pautadas na estratégia macroeconômica. Estes parâmetros se estenderam até 2002, durante todo o segundo período de gestão de FHC, com repercussões sérias para as políticas sociais no que se refere a garantia de direitos universais declarados na Constituição Federal de 1988.

A política implantada na década de 1990 teve como principal interlocutor do governo Luiz Carlos Bresser Pereira, ministro da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE. Bresser Pereira (1999), elucida sobre o conceito “neoliberal”, visto pela esquerda tradicional, justifica a implementação da reforma como neoliberal, faz uma provocação em relação às alternativas para a crise do Estado com a globalização e defende sua posição esclarecendo que a reforma do Estado não tem viés conservador e nem neoliberal:

Na verdade, embora possam ter também uma inspiração na nova direita, as reformas que vêm sendo de fato implementadas não têm, na maioria dos casos, esse sentido: contam com o apoio da sociedade e, embora abrindo espaço para o mercado, não são predominantemente neoliberais. Só poderão ser consideradas neoliberais se ampliarmos, indevidamente o conceito de neoliberalismo, como faz a esquerda tradicional: se não o identificarmos com a busca do Estado mínimo e considerarmos todas as reformas destinadas a eliminar os excessos do estatismo e a reconstruir o Estado em novas bases mais eficientes como reformas neoliberais. [...] Esta é uma forma suicida de definir neoliberalismo, que deixa seus proponentes sem alternativas diante da crise do Estado e do desafio da globalização.[...] Algumas dessas reformas podem, de fato, ser neoliberais quando radicais e orientadas para eliminar direitos sociais; mas quando são simplesmente reformas orientadas para o mercado que tornam a economia mais competitiva e dotam o Estado de maior capacidade de ação, ou seja, de maior governança e governabilidade, elas podem até ser chamadas de liberais, mas não são conservadoras ou neoliberais.(PEREIRA, 1999, p. 88-89).

Bresser Pereira (1999, p.91) coloca as atividades sociais e científicas como não exclusivas do Estado:

[...] distingo, entre as atividades não-exclusivas, as atividades sociais e científicas que devem passar para o terceiro setor, da produção de bens para o mercado, que deve ser privatizada se não se tratar de monopólio natural.[...] Minha convicção

é de que os serviços sociais e científicos são realizados com mais qualidade e eficiência por organizações públicas não-estatais, que além de disso garantem mais liberdade a seus membros, ao passo que a produção de bens e serviços controlados pelo mercado, que não necessitam de subsídio estatal, são melhor executadas pelo setor privado. (PEREIRA, 1999, p. 91).

Para Bresser Pereira (1999, p.102-104), o Estado precisa da sociedade civil para governar. Conceitua sociedade civil nos seguintes termos:

O conceito de sociedade civil que estou usando não se limita às organizações públicas não-estatais e às organizações corporativas (que, somadas, formam o ‘terceiro setor’). Em termos de propriedade, envolve também as empresas privadas.[...] Em termos sociais, abrange todas as classes sociais, e não apenas os grupos envolvidos em atividades do terceiro setor. A sociedade civil é constituída por cidadãos individualmente, por empresas e por organizações do terceiro setor, ponderados pelo poder que derivam de seu capital, de sua capacidade de representação e de seu conhecimento técnico e organizacional.[...] A sociedade civil é o espaço no qual indivíduos e grupos afirmam seus interesses e seus valores éticos. [...] A sociedade civil só existe nos quadros do capitalismo, quando o público e o privado passam a ser esferas distintas da sociedade com o progressivo avanço da democracia. Isto, entretanto, não significa que a sociedade civil exista nos regimes democráticos. (PEREIRA, 1999, p. 102-104).

Em contraposição ao pensamento de Bresser Pereira (1999), a autora Elaine Rossetti Behring (2008) traz a análise da reforma do Estado brasileiro na década de 1990, a partir do que chamou de contrarreforma. Para a autora, a Reforma constituiu um movimento de [...] desmonte do Estado no Brasil, [...] na perspectiva da adaptação do país à dinâmica do capitalismo contemporâneo - em busca dos superlucros – mas com filtros: as mediações delineadas pela nossa história, nossa formação social e a relação entre as classes sociais.

Assim, podemos resumir os principais pilares da Reforma do Estado brasileiro com as seguintes expressões assentadas no neoliberalismo: flexibilização (das relações de trabalho); privatizações (parcerias-público-privadas); livre-cambismo universal (globalização da economia); ajuste fiscal (financiamento da seguridade social). (BEHRING, 2008).

Mesmo antes de Behring (2008), o tema da Reforma do Estado já era tratado, nos termos de “contrarreforma”, por Carlos Nelson Coutinho (2008)²⁹, e sendo também estudado por Ivete Simionatto (2004a, p. 21), que faz uma análise histórico-crítica, enfatizando que:

[...] O tema Estado – suas dimensões, seu formato, sua redefinição para inserir-se na nova ordem econômico-mundial – foi perseguido como questão estratégica. A modernização econômica exigiu, assim, uma profunda reforma de caráter privatizante e desregulamentador. As agências de cooperação internacional, especialmente o Banco Mundial, articularam uma aliança tecnocrática transnacional, objetivando racionalizar os investimentos na esfera pública, diminuir o papel e o poder do Estado e fortalecer as ações de natureza privada.[...] No Brasil, a implementação da reforma do Estado, iniciada nos anos 1990, estabeleceu, prática ideologicamente, a idéia de ‘Estado Mínimo’, denominado ‘Estado social-liberal’, revestida do enganoso discurso de que é ‘social’ porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico.[...]. (SIMIONATTO, 2004a, p. 21)

Simionatto (2004a) deixa claro a destituição do caráter público do Estado, o qual cada vez mais vem sendo substituído pelas frações da sociedade civil, articuladas com a política financeira globalizada, o que faz acreditar no fortalecimento de uma hegemonia³⁰ político-econômica capitalista.

²⁹ O termo “Reforma” é retratado por Carlos Nelson Coutinho, que explica a Reforma a partir da “contrarreforma” neoliberal fazendo-se valer do pensamento de Gramsci: Refere-se ao fato de que a contra-reforma não se define como tal, como um movimento restaurador, mas – tal como o faz o neoliberalismo de nossos dias – busca apresentar-se também ela como uma ‘reforma’”. (COUTINHO, 2008, p.98)

³⁰ Segundo Coutinho (1999, p. 121-143), Antonio Gramsci se refere, inicialmente, ao conceito de “sociedade civil” como “ trama privada” do Estado, para, mais tarde, chamar de “sociedade civil”, “de aparelhos privados de hegemonia” e de “Estado ampliado”, onde

Simionatto (2004a, p.22) salienta que, com a crise do Estado, [...] fortaleceu-se a dicotomia entre ‘público’ e ‘privado’, caracterizando-se por público tudo o que é ineficiente, aberto ao desperdício e à corrupção, e, por privado, a esfera da eficiência e da qualidade, levando [...] à incorporação e à internalização de tais normas e valores e de sua aceitação como fenômenos naturais. São elas que definem e direcionam o comportamento e a agenda dos governos nacionais e a escolha das políticas a serem desenvolvidas.[...]. (SIMIONATTO, 2004a, p. 22).

O escrito de Simionatto (2004a) traz elementos que nos remete a pensar sobre o conceito de “hegemonia”, de “sociedade civil e de “Estado” em Gramsci (1891-1937). O mesmo definiu hegemonia a partir do conceito de sociedade civil. Podemos dizer que a hegemonia pelo poder é presente e vem se fortalecendo a cada década, através dos partidos políticos e de sua atuação junto ao Estado.

A sociedade civil, em Gramsci, constitui o ‘aparelho privado de hegemonia’ [...] A gênese do Estado reside na divisão da sociedade em classes, razão por que ele só existe quando e enquanto existir essa divisão. [...] a função do Estado é precisamente a de conservar e reproduzir tal divisão, garantindo que os interesses comuns de uma classe particular se imponham como interesse geral da sociedade. (COUTINHO, 1999, p. 123-125).

Temos, portanto, visões antagônicas quando se trata de clarificar a questão da “Reforma” ou “Contrarreforma” do Estado e suas consequências para a política social brasileira no que se refere à construção de uma universalidade de direitos. Os autores citados anteriormente, Behring (2008), Coutinho (2008) e Simionatto (2004a), com fundamentos marxistas, respectivamente, alertam para as consequências da centralidade na política macroeconômica que provoca,

“enriquece, com novas determinações, a teoria marxista do Estado”. O conceito de “hegemonia” é trazido por Gramsci, tendo como ponto de partida o conceito de sociedade civil. Para aprofundamento dessas categorias, sugere-se a leitura do capítulo V “Teoria “ampliada” do Estado de Coutinho (1999).

cada vez mais, a perda de direitos garantidos constitucionalmente, comprometendo o caminho pela universalidade de direitos.

A política de Reforma do Estado de FHC também foi bem retratada por Eduardo Fagnani (2005) em sua tese de doutorado, o qual defendeu que

[...] no período 1993 – 2002, houve extrema incompatibilidade entre a estratégia macroeconômica e de reforma do Estado, central e hegemônica na agenda governamental, e as possibilidades efetivas de desenvolvimento e inclusão social. Em primeiro lugar, essa estratégia acarretou aumento da crise social, percebida, sobretudo, pela notável desorganização do mundo do trabalho e seus efeitos sobre o emprego e a renda.[...] A degradação das finanças públicas constituiu-se num dos principais indutores das contramarchas impostas ao Estado Social esboçado no final dos anos 80, suprimindo direitos sociais e ameaçando a frágil cidadania conquistada. (FAGNANI, 2005, p.416).

Fagnani (2005) diz que os avanços institucionais ocorridos, principalmente nos setores de saúde, educação fundamental e assistência social, foram sistematicamente minados pela estratégia macroeconômica, levando a impor a focalização como a política social possível no Brasil, num país onde a pobreza encontra-se universalizada.

O Brasil, com a necessidade de inserir-se na economia globalizada, segue as orientações do Consenso de Washington³¹, fazendo reformas econômicas e sociais no Estado, com o argumento do equilíbrio fiscal e da competitividade. Tal cenário aponta para que a estratégia macroeconômica comandada pelos organismos internacionais, implementadores do capitalismo expansionista de lucro máximo, vem pregando a desobrigação do Estado com a área social, com o falso discurso de que a crise fiscal levou a uma reestruturação do Estado, repassando ao mercado atribuições que antes lhe competia, tais como: saúde, educação, habitação, transporte, seguridade social. No entanto, sabe-se que as reformas estruturais foram uma resposta ao modelo de

³¹ O Consenso de Washington de 1989 foi firmado entre o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e governo americano, onde foram estabelecidas uma série de condicionalidades aos países dependentes como estratégias de superação da crise sistêmica do capitalismo.

acumulação, em que o Estado precisou se adaptar às exigências do capital.

Contudo, atualmente, há uma retomada pelo Banco Mundial (BM) do papel do Estado na área social, face às consequências dos ajustes econômicos, haja vista o incentivo para que o Estado trabalhe na direção de políticas mais “eficientes” e “equânimes”, a exemplo no Brasil, atual política de atenção aos servidores públicos federais, que considera a dimensão público-privada a alternativa possível.

O artigo intitulado: “As recomendações do Banco Mundial na Política de Saúde: um enfoque ao projeto de fundações estatais de direito privado”, Correia, Pinheiro e Silva (2010) contextualizaram que

[...] nos anos de 1990, mais especificamente na segunda metade, o projeto de saúde resultante do movimento de Reforma Sanitária é questionado e consolida-se um projeto de saúde privatista, articulado às orientações do Banco Mundial e baseado na política de ajuste, na contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a dispensa da responsabilidade do poder central. O Estado é responsável apenas em garantir o mínimo aos pobres, pois são os que não têm o poder aquisitivo, enquanto o setor privado responsabiliza-se pelo atendimento aos cidadãos consumidores. A partir daí propõem-se contrarreformar o Estado, minimizando-o. (CORREIA; PINHEIRO; SILVA, 2010).

As autoras esclarecem que: “O Banco Mundial só passou a tratar, especificamente, do assunto saúde nos anos de 1975. Desde então, o BM já mostrava os primeiros planos para reformar as políticas de saúde dos países por ele subsidiados.”

[...] No Brasil existem *três documentos* que sintetizam as orientações do Banco Mundial para a política de saúde. *O primeiro*, elaborado em 1991, ‘Brasil: novo desafio à saúde do adulto’, produzido após a promulgação da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, vai de encontro aos avanços da reforma sanitária garantidos nessas legislações, além de criticar o direito Constitucional do acesso universal aos serviços públicos de saúde.[...] *O segundo* documento, produzido em 1995, ‘A

Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90' rebate também, diretamente, nos avanços constitucionais de 1988. Para o Banco, caso as promessas públicas de universalidade da cobertura sejam mantidas, acarretará um aumento significativo nas despesas públicas. [...] *o terceiro* documento 'Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos'. [...] Esse documento ao fazer uma análise da política de saúde brasileira, expõe argumentos que, além de omitir a mordaz questão política que está subtendida, implicam em privatização. (CORREIA; PINHEIRO; SILVA, 2010).

A perspectiva do Banco Mundial é trabalhar com a saúde sob a ótica do capital, colocando em risco, portanto, os princípios constitucionais, quais sejam: universalidade, integralidade e equidade. A conclusão das autoras mencionadas é a de que

[...] o que vem dando forma à Política Nacional de Saúde é o tensionamento que existe entre o projeto do capital e o dos setores progressistas da sociedade. Pois, se de um lado temos, em bases legais, o projeto universalizante do Sistema Único de Saúde, por outro, os interesses expressos nas orientações do BM. (CORREIA; PINHEIRO; SILVA, 2010).

Como já enfatizado, a atuação dos organismos internacionais está diretamente atrelada ao aspecto financeiro, na medida em que fornecem empréstimos aos países periféricos, exercendo forte controle econômico, cultural e político nos países credores submetendo-os as regras do capital mundializado.

François Chesnais (1996, p.34) ressalta que:

A mundialização é o resultado de dois movimentos conjuntos, estreitamente interligados, mas *distintos*. O primeiro pode ser caracterizado como a mais longa fase de acumulação ininterrupta do capital que o capitalismo conheceu desde 1914. O segundo diz respeito às políticas de liberalização, de privatização, de desregulamentação e de desmantelamento de

conquistas sociais e democráticas, que foram aplicadas desde o início da década de 1980, sob o impulso dos governos Thatcher e Reagan. (CHESNAIS, 1996, p. 34, grifos do autor).

É mister lembrar que a mundialização do capital levou o Estado à adaptação das regras da macroeconomia nas práticas governamentais das décadas de 1980 e 1990, advindas do pensamento liberal e, nesse contexto, equívocos ocorreram sobre o que vem a ser Estado e governo. Nos termos de Atílio Borón (1994, p. 250-251),

[...] toda a complexidade do Estado moderno é reduzida ao governo, e ambos se convertem em sinônimos quando na realidade não o são. Por outro lado, o próprio governo é rebaixado à condição de uma simples constelação de agências, escritórios e organismos completamente carentes de coerência e unidade. Estes funcionam como se fossem barcos a vela, mudando de orientação e de referências em função de flutuantes correlações de força produzidas pelas iniciativas e reações da miríade de grupos de interesse que constituem a sociedade civil. É mediante esta linha de argumento que o pensamento liberal desemboca em um grosseiro economicismo. (BORÓN, 1994, p. 250-251).

Advindas do processo amplo de reformas macroeconômicas, as políticas sociais públicas no Brasil caminharam para parcerias com a sociedade civil, nos moldes de empresas privadas, como modelo de gestão denominado Parcerias Público-Privadas - PPP. Nesse sentido, constata-se, nos dias atuais, a preocupação dos dirigentes nacionais em implementar políticas públicas com características privadas nas instituições públicas, na tentativa de dar um tratamento equiparado aos dos trabalhadores da iniciativa privada, em termos de “qualidade” de serviços e de políticas de “qualidade de vida”.

Nesta perspectiva, a realidade brasileira vem sendo pautada por uma política econômica e social inconsistente do ponto de vista da *universalidade* de direitos, reflexo das políticas macroeconômicas, acrescidas pela conjuntura política interna que se encontra em crise, tanto em nível de participação efetiva da sociedade civil através de seus “representantes” por meio do Congresso Nacional, quanto em nível de

capacidade para gerir uma nova ordem societária por parte dos partidos que militam nesta direção.

Nessa mesma direção, referendando Faleiros (1996, p. 17), as condições estruturais do capitalismo trouxeram o modelo de gestão empresarial para o setor público. Segundo o autor,

[...] O modelo de gestão das grandes companhias é o da terceirização ou subcontratação, para os serviços periféricos, permitindo que as companhias se concentrem numa “missão” central. Esse modelo de gestão vem sendo assumido pelo Estado com o discurso das parcerias, da regionalização, da descentralização, como veremos. O Estado, por sua vez, pressionado pela dívida pública, busca diminuir o déficit, seja reduzindo custos, seja reduzindo o acesso a certos direitos e benefícios.[...].(FALEIROS, 1996, p. 17).

Em que pese Faleiros (1996) ter escrito a citação acima em 1996, o assunto continua na ordem do dia. Temos constatado nas Universidades Federais de Ensino Superior, a lógica diretiva empresarial, onde a prática do desenvolvimento de políticas estão sendo voltadas às parcerias público-privadas, como estratégia de governabilidade e de competitividade com o mundo atual empreendedor.

Na seção a seguir, consideraremos como relevante alguns apontamentos sobre a política nacional de saúde no Brasil, a partir de autores contemporâneos que estudaram e continuam estudando a saúde pública brasileira, no contexto da Reforma do Estado, bem como a Reforma Sanitária, como base de análise.

Assim, a atual política de atenção à saúde do servidor público federal será melhor apreendida, em sua totalidade histórica, do ponto de vista político, econômico e social, subsidiando as análises das seções posteriores acerca das contradições e desafios éticos para o exercício profissional neste contexto.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Trazemos um pouco de história contada por autores contemporâneos, que contribuíram para a discussão da política nacional de saúde no Brasil. Optamos, no entanto, por apresentar alguns

elementos históricos antes da Constituição Federativa do Brasil de 1988, consequentemente, antes da Reforma do Estado brasileiro. Em um segundo momento, trazemos a política nacional de saúde no contexto da reforma do Estado. A Política Nacional de Saúde, por conseguinte, deve ser entendida nesses dois contextos históricos, porém, optamos por fazer um recorte temporal, contextualizando a trajetória histórica da Política Nacional de Saúde a partir da década de 1950, passando pelo período da ditadura militar, até chegarmos ao regime democrático, com a abertura política e com a Constituição de 1988. Também vamos passear um pouco pela década de 1990, pelos dois últimos governos de Fernando Henrique Cardoso e Inácio Lula da Silva, até chegarmos no atual governo de Dilma Rousseff (2011-).

Acreditamos que a reunião dessa trajetória histórica nos ajuda a entender os desafios ético-políticos que a atual política de atenção à saúde do servidor público federal empreende nos dias atuais.

2.2.1 Alguns elementos históricos sobre a política nacional de saúde, antes da Reforma do Estado brasileiro (1950-1988)

Como referência teórica, trazemos três autores com formação na área médica e dois autores com formação em Serviço Social, que estudaram e estudam a política de saúde pública, coletiva, em nosso país, a saber: Amélia Cohn (1999); Sarah Escorel (2000); Marco Aurélio Da Ros (2006; 2009) e Maria Inês de Souza Bravo e Maurílio Castro Matos (2008).

É importante mencionar que todos eles trabalham na perspectiva da saúde coletiva³², o que vem ao encontro de nossa visão como

³² Segundo Fortes e Zoboli (2009, p. 14), entende-se por saúde coletiva “[...] o processo saúde-doença da coletividade, observado em suas dimensões biológica, psíquica e sociocultural.[...] O objeto da saúde coletiva é a saúde pública. O objetivo da saúde pública é [...] promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, e obter um ambiente saudável, através de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade”. Segundo Paim (1992 apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 71, grifo do autor), “[...] Saúde Coletiva significa reconhecer, teórica e empiricamente, um conjunto de práticas (econômicas, políticas, ideológicas, técnicas, etc.) que tomam como objeto as *necessidades sociais de saúde*. Representa um conjunto de práticas que não se submetem, acriticamente, ao modelo de saúde pública institucionalizado nos países centrais, como movimento ideológico ou como modo de organização de serviços de saúde. A saúde coletiva preocupa-se com a Saúde Pública enquanto saúde do público: indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, população. Nada que se refira à saúde do público, por conseguinte, será estranho à saúde coletiva.

pesquisadora, como assistente social e cidadã. Por isso, justificamos a opção por trazê-los à nossa análise.

Para situarmos a Política Nacional de Saúde no contexto da Reforma do Estado brasileiro, recorremos a autores com formação em Serviço Social e de autores com formação em saúde pública e que trabalham no campo dos direitos sociais e das políticas sociais e de saúde.

Início com Amélia Cohn et al (1999), que fala em saúde e cidadania no Brasil, trazendo elementos históricos para a análise da política de saúde e de seguridade social, desde a década de 1950.

Cohn (1999) nos fala que, no Brasil, o acesso à assistência à saúde como um direito reconhecido das classes assalariadas (urbanas) foi sempre, desde suas origens, vinculado à previdência social. Por sua vez, este seguro social, de caráter compulsório, tem seu financiamento vinculado, fundamentalmente, à massa salarial: a contribuição do empregado e do empregador calculada como um percentual do salário – recebido e pago.

Cohn (1999, p. 16) faz uma retrospectiva histórica das dicotomias existentes no sistema nacional de saúde:

O apogeu do modelo desenvolvimentista, na segunda metade da década de 50, marca o início de um processo acelerado de aprofundamento das dicotomias entre atenção médica curativa e medidas preventivas de caráter coletivo, acompanhada da dicotomia entre serviços públicos e privados de saúde. Sedimentam-se, até a década de 70, essas dicotomias, numa clara divisão de tarefas e clientela, quando então, a partir da sua segunda metade, a rede pública de serviços de saúde passa a assumir crescentemente também a assistência médica individual. (COHN, 1999, p. 16).

Segundo Cohn (1999):

O Sistema Nacional de Saúde – Lei nº 6229/75 – sela essa dicotomia ao estabelecer, reafirmando, as especialidades preferenciais das tarefas a cargo da Previdência Social e do Ministério da Saúde, ao mesmo tempo que referenda a situação de fato de os serviços vinculados ao Ministério da Saúde estarem agora contemplando também a assistência médica individual. Dadas, porém, a importância

da presença da previdência social aos serviços de saúde, e sua opção pela compra dos serviços privados-seja sob a forma de credenciamento ou sob a forma de convênios-associada a um decrescente gasto do orçamento da União com o setor, cristaliza-se nessa mesma década o setor privado de prestação de serviços médicos.[...] Em contraposição, a rede pública de serviços passa a sofrer um acentuado processo de sucateamento, fruto da sua não-prioridade no interior das políticas de saúde, e destas no interior das diretrizes políticas gerais do país. (COHN, 1999, p.16-17).

Nessa perspectiva dicotômica, o Sistema Nacional de Saúde provoca e consolida uma divisão mais acentuada entre os trabalhadores dos meios rural e urbano e entre os que estão inseridos no mercado formal de trabalho dos que são excluídos dele. Conseqüentemente, o acesso aos bens e serviços (equipamentos médicos, exames de média e alta complexidade, etc...) são oferecidos conforme a condição sócioeconômica dos cidadãos, tendo como parâmetro a divisão social do trabalho.

Concordamos com a perspectiva de Cohn (1999, p.17) quando esta afirma que uma terceira dicotomia aparece a partir desse contexto desigual, ou seja:

[...] Tal fato imprime uma terceira dicotomia, que consolida a assistência médica como um direito contratual, compulsório e contributivo, contraposta à assistência médica - pública e filantrópica - para a população carente. Em decorrência, estabelece-se uma aguda diferenciação entre os setores urbano e rural em termos de acesso e disponibilidade de equipamentos médicos, associada a uma generalizada diferenciação e estigmatização da clientela. Esta manifesta-se em termos de um grande marco divisório entre carentes – orientados para o setor público e filantrópico – e assalariados – orientados, por intermédio da previdência social, para o setor privado (que também os diferencia em termos de qualificação e *status* ocupacional), e só mais recentemente orientados também para o setor público de serviços. (COHN, 1999, p.17).

Ressaltamos que, para os estudiosos da saúde coletiva, a desigualdade social passa não somente por uma política de saúde médica, mas por uma política de saúde ampla, envolvendo outros aspectos da vida coletiva que recaem sobre a qualidade de saúde da população. Ou seja, o problema é mais amplo do que oferecer assistência médica privada ou pública à população, passa por soluções no campo social e de saúde pública, como coloca Cohn (1999).

A questão, pois [...] acaba sendo a da desigualdade, na medida em que pela matriz da negação fatores como alimentação, saneamento, habitação, renda e trabalho são percebidos como condições para se ter saúde. Pela ótica da sua ausência, a população explicita assim a sua percepção sobre o impacto da carência revelada pela apropriação desigual dos serviços, do seu nível de remuneração e da sua inserção no mercado de trabalho, não só nas condições de saúde, mas nas suas condições de vida como um todo. (COHN, 1999, p.17).

Cohn (1999, p. 92), com sua visão de totalidade, afirma que:

As políticas de saúde neste país, na medida em que restringem o seu objeto à necessidade do atendimento médico, não consideram as condições de vida dos usuários e a carência maior em que sobrevivem – nutricional, habitacional e educacional – e se limitam a prover recursos de assistência médica. (COHN, 1999, p.92).

Traz a característica curativa e privatista da saúde no Brasil, quando afirma, ainda que:

[...] A saúde, portanto, dificilmente é percebida como uma questão de cidadania, e a concepção que dela predomina não se baseia no âmbito coletivo. Daí a procura de serviços de saúde manifestar-se principalmente nas situações onde existem riscos concretos e verificáveis e, portanto, em situações onde predomina a perspectiva curativa. (COHN, 1999, p.17).

Identificamos a lógica privatista para os trabalhadores, com a continuidade nas décadas posteriores da vertente liberal e neoliberal, com os serviços privados, a exemplo da atual política de saúde, nos

moldes da Saúde Suplementar que, na verdade, vem “complementar” a saúde pública, como se refere Cohn (1999).

Na mesma vertente crítica de Amélia Cohn (1999), trazendo registros da história política em nosso país que influenciaram para a constituição da atual Política Nacional de Saúde, enfatizamos a igual importância dos escritos de Sarah Escorel (2000).

Escorel (2000, p.96) conta, que a partir de pesquisa histórica (e não acadêmica, como ela afirma) :

O ministério da Saúde caracterizou-se, até o golpe militar, pela transitoriedade de seus titulares evidenciando ser objeto de intensa e freqüente barganha política. Nos seus primeiros dez anos de funcionamento, antes de março de 1964, foram catorze ministros. (ESCOREL, 2000, p. 96).

Evidencia-se uma ética pública corporativista, pois privilegia grupos particulares, assim como interesses partidários, acima dos interesses nacionais legítimos.

A autora conta, também, a trajetória dos partidos de esquerda, as várias mudanças em função de crises internas, dos governos desenvolvimentistas como o de Juscelino Kubitschek, eleito em 1956, que

[...] entrou para a história pelo desenvolvimento e pelo desenvolvimentismo, ou seja, pelas grandes transformações econômicas que promoveu com apoio de capitais estrangeiros consubstanciado no Plano de Metas, com 31 objetivos. [...] No campo da saúde uma corrente de opinião, o “sanitarismo desenvolvimentista”, que vinha se constituindo desde o segundo governo de Getúlio Vargas, sob a liderança de Mário Magalhães da Silveira, consolidou-se e adquiriu um estatuto de orientação institucional do Ministério da Saúde até o golpe militar em 1964. (ESCOREL, 2000, p. 91).

Enfatiza também que,

[...] Em meados da década de 70, em pleno autoritarismo, começou um movimento no interior dos departamentos de medicina preventiva das faculdades de medicina que reformulou a maneira de pensar e agir sobre a saúde. Esse grupo de profissionais de saúde ou com atuação nesse

campo³³, baseado, no pensamento marxista, alterou as bases teóricas da saúde coletiva e inaugurou uma nova forma de pensar sustentada na determinação social do processo saúde/doença. Além dessa prática teórica (a construção de um saber), esse conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articularam-se ao redor de um projeto que pretendia transformar a forma de pensar a saúde (a consciência sanitária), a política de saúde (saúde e democracia) e as condições de atenção à saúde (transformação das relações sociais). (SCOREL, 2000, p. 91).

A autora ainda destaca que

[...] ao longo daqueles anos de ditadura militar, o movimento sanitário criou entidades como o Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, participou dos encontros de estudantes da área de saúde, dos movimentos de renovação sindical, das instâncias legislativas, de projetos acadêmicos, dos encontros científicos como a SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e da criação da Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Os integrantes do movimento sanitário participaram também em experiências institucionais, municipais, estaduais ou nacionais que buscaram implementar um modelo alternativo de atenção à saúde.[...]. Conseguiu inscrever na Constituição da República do Brasil, em 1988, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. (SCOREL, 2000, p. 165-166).

Esses elementos históricos trazidos por Escorel (2000) são, também, encontrados na fala e nos escritos de Marco Aurélio Da Ros (2009), que enriquece o nosso cenário.

Extraímos alguns fragmentos interessantes da aula proferida pelo referido professor, durante a disciplina de “Fundamentos Teóricos da

³³ Não encontramos, como pesquisa bibliográfica, registros da atuação de profissionais de Serviço Social, na década de 1970, participando diretamente do movimento de reforma sanitária. Sabemos que isto, provavelmente, deve-se à formação acadêmico-profissional conservadora que predominava nos cursos de Serviço Social antes do movimento de Reconceituação da profissão, ocorrido na década de 1980.

Saúde Coletiva”- Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. A aula foi dirigida aos alunos de mestrado em Saúde Coletiva, no 2º semestre de 2009, trazendo muitos elementos sobre a conjuntura histórico-política da situação da saúde pública no Brasil. O referido professor participou das discussões da Reforma Sanitária na década de 1970, tendo, portanto, legitimidade e autoridade, como médico sanitarista, para esclarecer-nos pontos importantes quanto à compreensão histórica do que foi a trajetória da saúde pública brasileira até os nossos dias atuais. Da Ros (2009) nos conta que:

[...]a população sofreu os reflexos das economias pós-guerra, sendo que na década de 50 o Brasil começa a receber o modelo da medicina positivista (Modelo Flexneriano³⁴), onde a lógica do capitalismo americano se coloca com toda a intensidade. Da década de 60 até o ano de 1988, as políticas sociais estiveram sob a égide do regime militar, com forte ênfase ao liberalismo econômico, com a importação do modelo de política de saúde norte-americano, reforçando-se o “complexo médico industrial” e desencadeando-se as privatizações de setores que deveriam ser exclusivos do Estado como a área da saúde.[...]. (DA ROS, 2009)

Ainda, segundo Da Ros (2009)

[...] na época do regime militar, até 1985, parte do orçamento dos IAP's era destinado para a construção de grandes obras, como a ITAIPU (Central elétrica, por exemplo. Financiamento para os hospitais privados com a compra de exames e medicamentos do mercado privado.), sendo a saúde colocada em segundo plano, principalmente do ponto de vista da saúde pública. Naquela época, toda consulta médica era privada, priorizava-se a medicina de família, como o médico de família particular. Não existia a saúde da família nos moldes atuais, pois as classes que

³⁴ O modelo flexneriano está fundamentado no *Relatório Flexner*, realizado por Abraham Flexner, no início do século XX, publicado pela Fundação Carnegie, USA. Refere-se à medicina orientada para o indivíduo, o biologicismo, o mecanicismo, a especialização, a tecnificação e a exclusão de práticas alternativas, com ênfase na prática curativa. Teve grandes repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo, na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde. (MENDES, 1996, p.238-239)

tinham algum poder aquisitivo se utilizavam desta alternativa de saúde privada, que hoje está sendo substituída pelas cooperativas médicas privadas.[...]. (DA ROS, 2009)

Fazendo um corte temporal, de 1963 a 1973, foram dez anos de repressão forte. São nestes anos que o complexo médico-industrial “brasileiro” se fortalece e a política pública de saúde vem fortalecer este complexo.

Da Ros (2006, p. 240), em seu texto “Políticas Públicas de Saúde no Brasil, lembra, ainda, que “a medicina privada, no Brasil, tinha um forte traço europeu, mais eclético que o modelo fragmentador norte-americano”.

Assim, a Reforma Sanitária vem para se contrapor ao avanço mercantilista da saúde e à proposta positivista, flexneriana, voltada para os interesses do capital e sustentada pela ditadura militar.

Alguns movimentos contra-hegemônicos surgiram na esteira do movimento de Reforma Sanitária, como os Centros de Estudos de Saúde (CEBES), o Movimento de Renovação Médica (REME), os Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária (ENEMEC's) da Igreja Católica, entre outros.

Segundo Da Ros (2006),

Em 1976, [...] todos os movimentos se encontram em São Paulo e percebem que compõem um movimento único com causas em comum: pelo fim da ditadura militar, por um sistema único de saúde e contra o complexo médico-industrial. Nasce assim o chamado movimento pela Reforma Sanitária. (DA ROS, 2006)

O movimento denominado Reforma Sanitária teve seu ápice com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde³⁵. A conferência trouxe um importante debate sobre o conceito de Saúde, chamando a atenção para o *Conceito Ampliado de Saúde*³⁶:

³⁵ A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorreu de 17 a 21 de março de 1986 com a participação de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados. [...] O tema da conferência era: saúde, direito de todos, dever do Estado. O relatório final da conferência está disponível em: www.saude.gov.br^a

³⁶ “[...] A concepção de saúde não está centrada em aspectos puramente biológicos. [...] O conceito ampliado de saúde envolve toda a determinação social das condições de vida dos brasileiros”. (SCOREL, 2000, p. 166).

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 04).

Segundo Da Ros (1995; 2006), o Relatório Final da 8ª Conferência, deixou claro que:

O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços provados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público. (DA ROS, 2006)

Como podemos registrar, existiu a preocupação de constar no Relatório final da 8ª Conferência a importância do controle e da fiscalização dos lucros abusivos do setor privado, assim como, um alerta quanto ao não cumprimento das normas a serem estabelecidas pelo setor público por parte da iniciativa privada. Porém, contraditoriamente, na Constituição Federal de 1988, encontramos, nos artigos 197 e 199, a abertura para os planos de saúde suplementares serem amparados por lei, na mesma constituição que incluiu o Sistema Único de Saúde como sistema universal para todos os cidadãos. Assim, a legislação evidencia que o sistema público não pode funcionar sem o sistema privado. A dialética da contradição encontra-se presente nesses termos, onde o público está no privado, como o privado está no público, colocando os

princípios universais, pensados pela ótica socialista da Reforma Sanitária, em situação vulnerável diante da estrutura social vigente.

Em seu relato histórico, o professor Da Ros (2006) diz que, para que efetivamente entrassem em vigor os artigos da Constituição, eram necessárias leis orgânicas, a Lei 8.080 e a 8.142, que foram aprovadas somente em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde³⁷. No entanto, na lei orgânica, há questões incluídas que vão em contradição ao Sistema Único de Saúde.

Na palavra de Da Ros (2006), a proposta do SUS foi viabilizada em conjunto com o Banco Mundial, como já vimos em autores citados anteriormente. Portanto, a luta do Movimento Sanitário hoje é pelo cumprimento do SUS, especialmente no que diz respeito à integralidade, por isso mesmo é contra a política de “cesta básica” do Banco Mundial, mas não pode esquecer que o Complexo médico-industrial está aí, mais vivo do que nunca.

Como vimos em Cohen (1999), ressaltado por Escorel (2000) e por Da Ros (2006), o movimento de resistência que se contrapôs ao economicismo e à busca pela universalidade dos direitos, especialmente na área da saúde pública, com início nos anos de 1970 e seu ápice na década de 1980 até a Constituição de 1988, foi o denominado Movimento da Reforma Sanitária, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde e com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1999, p.111-112), em seu artigo 198, parágrafo único, determina que “o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art.195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Abre-se, porém, uma “brecha” quando é colocada, na Constituição de 1988, a possibilidade de uma complementação ao sistema público de saúde, fragilizando, assim, o ideário do Movimento da Reforma Sanitária, contrapondo-o nos seguintes termos: o artigo 199 da Constituição de 1988 define que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. E em seu §1º, “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

³⁷ Lei Orgânica da Saúde – 1990 . Disponível em: www.saude.gov

O movimento sanitário brasileiro termina a década de 1980 enfraquecido, sem forças para garantir a universalidade e a equidade da atenção à saúde que vem na década de 1990 num processo de crescente exclusão social.

Na seção anterior, as afirmações de Atilio Borón (1995) de que as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pelo pensamento liberal e neoliberal, colocando as políticas sociais na esteira do economicismo, são confirmadas nos estudos de Cohn (1999), Escorel (2000) e Da Ros (2006).

O vício economicista também é trazido e confirmado por Bravo e Matos (2008) que parte de alguns pressupostos para propor a viabilização da democratização na saúde, na direção da “construção de uma esfera pública de saúde. A autora, trata das proposições para o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária enfatizando que

[...] serão reforçados alguns temas para a agenda política em defesa da saúde, inserida na concepção da seguridade social, que deve permear a pauta dos Conselhos de Saúde e ser assumida pelas entidades sindicais, movimentos populares e partidos políticos de oposição. Ressalta-se que essas propostas têm sido levantadas em fóruns de debate e discussão sobre a temática.[...] (BRAVO; MATOS, 2008, p. 212).

Dentre as propostas, observamos que as mesmas vem ao encontro do que preconiza o Código de Ética profissional dos assistentes sociais e do Projeto ético-político-profissional do Serviço Social, quais sejam:

[...]democratização do Estado e defesa do cidadão como sujeito histórico; luta em defesa do projeto da Reforma Sanitária; defesa da saúde, na perspectiva da seguridade social, como direito do cidadão; luta em defesa da ética da solidariedade e não ficar refém da política econômica; participação nas Conferências de Saúde, de forma articulada com os demais sujeitos coletivos; realização de pesquisas e socialização das informações; luta pelo financiamento articulado à seguridade social; luta por uma política de recursos humanos; inserção nos Conselhos de Saúde, de forma crítica e participativa; estabelecimento de vínculos com os setores dominados e com a massa da população excluída; criação/ou reativação de fóruns das

políticas da seguridade social; luta pela garantia de recursos públicos para a seguridade social; realização de Encontros de Saúde articulados às demais políticas de seguridade social; fortalecimento do orçamento participativo. (BRAVO; MATOS, 2008, p. 213).

A partir das proposições mencionadas por Bravo e Matos (2008), podemos afirmar que a defesa pela saúde pública e coletiva no Brasil exige dos profissionais de saúde atitudes que superem o individualismo, em busca do caminho coletivo para alcançarmos a tão almejada democratização na saúde.

Os autores ora mencionados trazem reflexões e provocações que abrem para os seguintes questionamentos: há possibilidades de evitar-se a naturalização e a cristalização da atual proposta de atenção à saúde pública sob a égide do mercado privado? Que condições objetivas a sociedade civil tem para retomar o ideal da reforma sanitária em sua essência e trazê-la novamente para o debate, buscando a reversão do movimento privatista na saúde? Como fazer valer a Constituição Federal de 1988 quanto ao Sistema Único de Saúde ser, não somente para os mais empobrecidos, mas para todos e com qualidade?

Assim, podemos considerar que, com base nos escritos de Cohn (1999), Escorel (2000), Da Ros (2006; 2009) e de Bravo e Matos (2008), as mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil sofreram grande influência da vertente liberal desde a década de 1920 (não entramos no contexto dessa década) e neoliberal desde a década de 1950, com reflexos até os dias atuais. É considerando esse contexto histórico que, no subitem a seguir, será abordada a política nacional de saúde no contexto da Reforma do Estado brasileiro.

2.2.2 A Política Nacional de Saúde no contexto da Reforma do Estado Brasileiro (1988-2010)

Trazendo o contexto da Reforma do Estado brasileiro para o âmbito da política nacional de saúde, evidenciamos outros autores contemporâneos, na tentativa de contribuir com elementos que elucidam a totalidade da discussão sobre a política de saúde da década de 1990.

A partir da Reforma do Estado brasileiro, iniciativas se abriram para as parcerias público-privadas, em âmbito municipal, estadual e federal. Mesmo com a Constituição cidadã de 1988, na qual o

fortalecimento das políticas públicas se deu com mais intensidade, encontramos o privado presente, especialmente dando abertura aos planos de saúde suplementares, como citamos nos artigos da Constituição em subitem anterior. Contudo, esta abertura abre espaço para que políticas focalizadas, atreladas à política da macroeconomia assumam a cena atual da política de saúde no Brasil.

Na perspectiva da macroeconomia, lembra Sonia Miriam Draibe (1990, p.23) que o Banco Mundial estabeleceu, em 1987, quatro reformas ou políticas de reforma adequadas à busca de definição de uma estratégia de atenção à saúde “voltada para os pobres e não para os ricos”:

[...] a) introdução de pagamento por parte dos usuários (em particular medicamentos e medicina curativa); b) proporcionar esquemas de seguro de saúde; c) buscar o uso efetivo de recursos não-governamentais (privados lucrativos, mas também filantrópicos, comunitários, beneficentes, etc.); d) descentralizar os serviços.[...]. (DRAIBE, 1990, p. 23)

Em retrospectiva histórica, Bravo e Matos (2008, p.201-202) traz à lembrança a trajetória da saúde pelos governos da década de 1990, contextualizando sobre a difícil batalha para a implantação do SUS no Brasil. Ressalta os governos de Fernando Collor, o qual deu início à forma neoliberal de governar, seguido pelo *impeachment*, assumindo a Presidência o seu vice, Itamar Franco, em 1992. A partir deste momento, houve um “freio ao processo de desmonte iniciado deliberadamente por Collor”.

Em seguida, com a era de Fernando Henrique Cardoso, a partir de 1995 como ministro da Fazenda do governo Itamar e a partir de 1999 como presidente da República, inicia-se uma nova configuração para a política nacional de saúde.

Conforme Bravo e Matos (2008, p. 201-205), na década de 1990, podem-se identificar quatro momentos no setor de saúde:

[...]O primeiro momento, situado na era Collor. O primeiro momento [...] compreende os dois primeiros anos da década. É marcado pelo aprofundamento do retrocesso já iniciado após o giro conservador do governo Sarney, havendo redução de verbas para os setores sociais, inclusa a saúde. Neste período, não houve uma apresentação sobre o projeto de política de saúde

do governo federal, ocorrendo, no entanto, um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS.[...] contudo o setor de saúde consegue obter alguns avanços nesse período. Em 1990, são aprovadas as Leis 8.080/90 e 8.142/90, que, juntas, formam a Lei orgânica da saúde.[...]O *segundo momento*, refere-se à era Itamar com duas diferenciações. A primeira compreende a gestão de Jamil Haddad (8.10.1992-19.8.1993), que significa um freio ao sucateamento do setor de saúde, apresentando proposições de fortalecimento do SUS. Já a gestão de Henrique Santillo (30.8.1993-1º.1.1995) é marcada pela ausência de iniciativas operacionais no avanço do SUS [...] Segundo Paim, após o *impeachment* ‘inicia-se uma conjuntura sanitária que permitiu retomar certos aspectos do Projeto de Reforma Sanitária (1998:13).’ [...]a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). [...]a promulgação da Norma Operacional Básica-NOB/93 [...] que estabelece ‘os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular, a assistência hospitalar, ambulatorial e diretrizes para investimentos no setor (Souza, 1997:21)’.[...] É a partir do governo Fernando Henrique, iniciado em 1995, que se dará explicitamente a implantação do projeto neoliberal. (BRAVO; MATOS, 2008, p. 201-205).

Bravo e Matos (2008, p. 205) aponta que os dois momentos seguintes são resultados do governo Fernando Henrique Cardoso, com sua reeleição, em 1999, e marcam a política de saúde no Brasil sob a ótica neoliberal.

[...]O *terceiro momento*, é referente à nova gestão do ministro Adib Jatene (1º.1.1995-7.11.1996 e compreende basicamente os dois primeiros anos de governo FHC. [...] O que observou-se foi a cruzada solitária do ministro Jatene, para a provação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), sem qualquer esclarecimento à população.[...] O *quarto momento* compreende o período em que, pela primeira vez, apresenta-se oficialmente e de forma sistematizada uma outra proposta de saúde, que é

contrária ao SUS. Compreende a gestão interina de José Carlos Seixas (8.11.1996 – 13.12.1996), Carlos César Albuquerque (13.12.1996 – 31.3.1998) e José Serra (desde 31.3.1998). Em 1997[...] é lançado o documento ‘Ações e metas prioritárias para a saúde no Brasil’. Esse documento é dividido em duas partes. Na primeira, ‘vencendo os desafios estruturais’, é apresentada a proposta de um novo sistema gerencial com financiamento estável e fiscalização dos recursos, descentralização dos serviços e reestruturação interna. Na segunda, são detalhadas as ações e metas prioritárias: a prevenção no atendimento básico, a qualidade dos serviços e o mutirão social pela saúde. Este documento apresenta sérios problemas, dos quais destaca-se que: não articula a discussão de recursos humanos com a política de pessoal; não explicita a proposta de parceria com a família e a iniciativa privada; aponta para a terceirização, através dos contratos de gestão.[...]. (BRAVO; MATOS, 2008, p. 201-205).

Na mesma perspectiva crítica, Vicente de Paula Faleiros³⁸ (1991, p.62) comenta a temática, na década de 1990, quando diz que “as instituições estatais funcionam com o modelo de administração de empresas” e que:

[...] Prolifera no setor *saúde*, a *Medicina de Grupo* que contrata profissionais assalariados e realiza convênios com empresas particulares, subvencionadas pelo governo. [...] Esse complexo sócio-estatal-empresarial tem três efeitos principais: uma socialização dos custos e privatização dos lucros e uma elitização ou exclusão das massas no acesso aos serviços mais avançados, reproduzindo as desigualdades sociais. [...] Os serviços privados atendem uma clientela proveniente de classes burguesas ou pequeno-

³⁸ Lembramos que Faleiros, segundo Iamamoto (2008, p. 293-294), foi “um dos expoentes de maior peso do movimento de reconceituação do Serviço Social latino-americano, no embate crítico com a concepção funcionalista no Serviço Social, com seu livro *Trabajo social, ideologia y método* (1972). [...] Ivete Simionatto (1995, p. 188) também cita Faleiros nos seguintes termos: é o primeiro profissional no Brasil, e provavelmente na América Latina, a utilizar o pensamento gramsciano nas reflexões sobre o Serviço Social”.

burguesas e são financiados pela contribuição do Estado que advém dos trabalhadores. [...]. (FALEIROS, 1991, p. 62).

É possível constatar que a fala de Faleiros (1991) esteve presente no governo brasileiro, na presidência de Luiz Inácio Lula da Silva (1º período de 2003 a 2006 e 2º período de 2006 a 2010), em sua maioria, efetivou a continuidade das políticas desenvolvidas pelo governo de FHC, de ajuste fiscal, reformas estruturais e de configuração da saúde como um serviço não exclusivo do Estado, como um serviço público não-estatal, o que pode ser comprovado pelas relações estreitas desse governo com os organismos internacionais do capital, encurtando laços estruturais com o capitalismo. Fica evidente que o governo Lula trabalhou com o ideário “progressista”, porém, ao mesmo tempo, manteve as práticas neoliberais e conservadoras, flexibilizando as competências do Estado através de propostas com a iniciativa privada.

Nesta direção, Faleiros (1991) coloca uma discussão de fundo trazendo a categoria *classes sociais*. Nessa perspectiva, a questão passa a ser de cunho ético-político com a fragmentação das políticas de saúde no Brasil, podendo contribuir para o fortalecimento da divisão de classes sociais tão presentes em nossa sociedade, aumentando a desigualdade social, assim como, fortalecendo os monopólios de poder capitalista com a entrada do setor privado em áreas que deveriam ser exclusivas do Estado.

Outra questão que merece atenção vem a ser a política de descentralização, como forma de gestão pública. Ressalte-se dizer que a categoria da descentralização não vem ser o foco central de nosso estudo, contudo, faz-se necessário algumas considerações para compor o cenário em análise.

A proposta do Governo Federal, de LULA, (2003 – 2010), voltada à Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, perpassou pela ideia da *descentralização* como estratégia de resposta ao atendimento às demandas sociais presentes.

Nesta, está presente os fundamentos de um Estado Mínimo, com raízes no pensamento neoliberal.

É preciso clarificar que o conceito de descentralização não deve ser entendido de forma polarizada, ou seja, a descentralização como oposto à centralização. Reportamos aqui à unidade dialética, onde tais conceitos sofrem as intercorrências da realidade política nos processos de tomadas de decisões num determinado contexto histórico. Mesmo

assim, o viés da descentralização é o que tem tido maior peso no Estado contemporâneo.

Pereira (2004, p.138) salienta que [...] “pela via da descentralização, o poder do Estado seria minimizado como um pré-requisito indispensável à participação; e esta, por sua vez, deveria ocorrer tanto na provisão de benefícios e serviços quanto nas tomadas de decisão”. A autora lembra que [...] “a descentralização não teria só um caráter geográfico, mas também orçamentário e financeiro, com o objetivo de assegurar a distribuição de recursos de forma mais adequada, com a participação da sociedade”. Pereira (2008, p. 39) elucida o que se refere a atuação do Estado, esclarecendo que:

[...] no campo da proteção social³⁹, a novidade introduzida foi a parceria entre Estado, mercado e sociedade, ou esquemas pluralistas, os quais tiveram apelo muito mais ideológico do que prático.[...] Com isso, o Estado vem abrindo mão de seu protagonismo como provedor social, tornando cada vez mais focalizadas as políticas sociais públicas, enquanto o mercado ocupa-se em privilegiar o bem-estar ocupacional que protege apenas quem tem emprego estável e bem remunerado. Daí a presença marcante de uma *dualização* na prática das políticas contemporâneas. (PEREIRA, 2008, p. 39).

Pereira (2004, p. 140) destaca, também, a existência de várias teorias do Estado, a partir de Johnson (1990). Dentre elas [...] “se têm as *pluralistas*, as *corporativistas* e as *marxistas*”[...]. Na visão “pluralista, o Estado seria intermediário na alocação de valores como democracia, império da lei e respeito à propriedade privada; e todo o sistema político, composto de vários grupos de interesses, buscaria um consenso em torno desses valores”. Na visão “corporativista, prevalecem os pactos e negociações entre grupos representativos da sociedade com o Estado, com vista à obtenção de resultados políticos que sejam favoráveis e intercambiáveis entre os negociadores”. Na visão “marxista do Estado, as suas várias vertentes não fornecem sustentação teórica aos pluralistas de bem-estar de inclinação neoliberal”. Essa vertente trabalha “com categorias analíticas que estão ausentes de suas reflexões, tais como: *classe social, conflito e contradição*”.

³⁹ O conceito de proteção social não foi trabalhado neste estudo. Apenas, trazemos autores que trabalham na ótica da proteção social para enriquecer as reflexões.

Quanto à participação política da população, Granemann (2008) alerta sobre a importância desta, no contexto de um Estado presente, porém descentralizado.

Granemann (2008) lembra que

[...] A descentralização de políticas sociais é promissora quando coloca a possibilidade de participação ativa da população local nos programas sociais, como condição para democratizar o acesso da população e reduzir a fraude, que tem marcado a política social brasileira [...]. (GRANEMANN, 2008, p. 37).

Neste cenário, encontramos uma administração pública que desloca verbas do fundo público para a iniciativa privada. É este um dos pontos de análise, que vem a ser importante, pois, como bem observa Granemann (2008), tal forma de gerenciamento só pode ser promissora se houver a possibilidade da participação ativa da população, para que haja a possibilidade de fiscalização quanto ao uso, sem fraudes, dos recursos públicos.

A implantação das políticas neoliberais no Brasil produziu uma contraditória política de ajustes econômicos, concretizada a partir da privatização de estatais e de serviços públicos lucrativos, no corte de gastos sociais, até mesmo com demissão de trabalhadores do serviço público, na transferência de renda e de patrimônio público para o setor do capital privado, na entrada do capital estrangeiro, na privatização de políticas sociais, como educação, saúde, previdência, assistência social, entre outras, na sobrevalorização da taxa cambial, na mercantilização de políticas sociais, com a substituição de políticas sociais de caráter universal por *políticas sociais complementares*, na desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas, assim como em outras ações tomadas em nome do capital lucrativo.

Os direitos sociais sob a ótica da criticidade são retratados por Vera da Silva Telles (1999), que traz o discurso da atualidade acerca da igualdade e da desigualdade, entre os direitos singulares e coletivos. Telles (1999, p.174), lamenta “os efeitos devastadores das mudanças em curso no mundo contemporâneo, demolindo direitos que mal ou bem garantem prerrogativas que compensam a assimetria de posições nas relações de trabalho e poder”. Traz para a reflexão a necessidade de

[...] deslocar o terreno da discussão e repensar os direitos sociais, não a partir de sua fragilidade ou da realidade que deixaram de conter, mas a partir

das questões que abrem e dos problemas que colocam. É certo que falar dos direitos sociais é um modo de se apropriar da herança (uma herança) da modernidade e de assumir a promessa de igualdade e justiça com que acenaram. Mas, ao invés de tomar isso como dado da história agora superado ou negado pela fase atual de reestruturação do capitalismo mundial, trata-se de tomar os direitos sociais como cifra pela qual problematizar os tempos que correm e, a partir daí, quem sabe, formular as perguntas que correspondem às urgências que a atualidade vem colocando. (TELLES, 1999, p. 175)

Nessa direção, Telles (1999, p.176-177), traz a reflexão sobre uma nova configuração dos direitos sociais, quando analisa que “[...] os modelos conhecidos de proteção social vêm sendo postos em xeque pelas atuais mudanças no mundo do trabalho e que conquistas sociais vêm sendo demolidas pela onda neoliberal no mundo inteiro”.

Telles (1999) também lembra que

[...] esse questionamento e essa desmontagem reabrem as tensões, antinomias e contradições que estiveram na origem dessa história. E fazem ver as difíceis (frágeis) relações entre o mundo social e o universo público da cidadania, na disjunção, sempre reaberta, entre a ordem legal que promete a igualdade e a reposição das desigualdades e exclusões na trama das relações sociais; entre a exigência ética da justiça e os imperativos de eficácia da economia; entre universos culturais e valorativos de coletividades diversas e a lógica devastadora do mercado. Mas essa disjunção estrutura o terreno dos conflitos que inauguram a moderna questão social⁴⁰ e que reatualizam a cada momento a exigência de direitos. (TELLES, 1999, p. 176-177)

É importante enfatizar, na fala de Telles (1999), os elementos éticos, contraditórios, traduzindo-se em um movimento dialético da realidade que, em sua análise, aparece em sintonia com o que pensamos

⁴⁰ A “moderna questão social” é mencionada por Telles, a partir da obra de: CASTEL, Robert, **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 1998.

e refletimos. Quando a autora trata dos direitos na nova configuração da atualidade, exige uma releitura sobre a ética pública, considerando as contradições presentes, trazendo conflitos e desafios para os trabalhadores em saúde. Tais conflitos incidem nas “novas” requisições que se fazem presentes no cotidiano, exigindo destas posturas ético-políticas. Dentre elas, destaca-se a maior e mais complexa, a luta contra a corrente da desigualdade social na direção da conquista de direitos sociais.

Nesse aspecto, as autoras Luciana Patrícia Zucco e Ludmila Fontenele Cavalcanti (2002) trazem uma reflexão sobre o Estado e a universalidade da esfera pública:

O modelo de atendimento das necessidades imediatas da população vem a ser um somatório de políticas e programas sociais setorializados e sem integração, bem diferente da ação intersectorial prevista na Constituição Federal. [...] Inúmeros desafios podem ser apontados para a materialização das conquistas constitucionais referentes à saúde, cuja centralidade situa-se na articulação Estado-mercado-sociedade, e que convergem para a relação a ser definida entre os espaços público e privado. (ZUCCO; CAVALCANTI, 2002, p. 285).

Do ponto de vista ideológico, houve, de fato, uma redução na intervenção do Estado a partir da agenda neoliberal, reflexo do mundo globalizado onde a dependência do Estado nacional ao mercado financeiro internacional enfraquece o Estado, tanto em nível econômico como social, abrindo para políticas privatizantes mais rentáveis. Viana (1997, p.205-206 apud ZUCCO; CAVALCANTI, 2002, p. 205-206), elucida: “[...] mais Estado não significa mais público e menos desigualdade, e que menos Estado também não significa mais equidade. A existência do Estado não é suficiente para o alargamento da esfera pública [...]”.

Podemos concluir, a partir dessa perspectiva, que a existência do Estado não é, na mesma proporção, suficiente para o alargamento dos direitos sociais, necessitando-se da sociedade civil para tal enfrentamento.

Tendo este contexto de fundo, podemos aqui lembrar que o Sistema Único de Saúde, o qual é parte integrante da Política Nacional de Saúde, “constitui o sistema público estruturado pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas

federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta. A iniciativa privada participa do SUS, com a intervenção de prestadores privados de serviços de saúde. É um sistema federativo, com a participação colaborativa dos governos federal, estadual e municipal, mantido o princípio do mando único em cada instância federativa.

Os princípios do SUS são: universalidade do acesso, integralidade da assistência, igualdade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa (aqui não se fala em descentralização do ponto de vista jurídico, e sim de tomada de decisões políticas e administrativas nas três esferas, federal, estadual e municipal), regionalização, hierarquização e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção. Portanto, o SUS é direito de todos e dever do Estado.

Sendo o Brasil um país composto por diferentes classes sociais e, por conseguinte, tendo um alto índice de desigualdade social, as políticas de saúde voltadas especificamente aos servidores públicos federais refletem as consequências destas desigualdades, promovendo ações que perpassam pela vertente das parcerias público-privadas, como forma de aliviar o orçamento do Estado diante da demanda populacional a ser atendida.

Nesta direção, temos a discussão de Ana Elizabete Mota (2008), que traz o conceito de “Estado-gerente”. Para ela, o Estado tem a sociedade civil como parceira, objetivando contribuir na gerência e administração das políticas sociais:

[...] onde a participação da sociedade civil reforça a limitada capacidade operacional do Estado, posto que depende dos seus *parceiros* para executar os programas e projetos sociais, como é o caso do denominado Terceiro Setor. Esta estratégia amplamente defendida pelas agências internacionais comporta dimensões econômicas e políticas.[...]. (MOTA, 2008, p. 183)

A tentativa de atender às exigências da sociedade (das classes menos favorecidas), bem como, estabelecer parcerias para aliviar o Estado dos encargos gerenciais em áreas sociais, parecer ser o caminho encontrado pelos governantes para administrar a coisa pública.

Para complementar o cenário em que se encontra o tema em questão, recorremos a Marco Aurélio Nogueira (2005), pensador contemporâneo, de raiz gramsciana, que esclarece, nesta perspectiva, que o governo Lula flexibilizou suas propostas advindas do Partido dos

Trabalhadores (PT), passando a admitir concessões com posições mais conservadoras para tornar seu governo possível de governabilidade. Assim, diz:

[...] Foi uma opção pela cautela e pela governabilidade, mas também um gesto simbolicamente forte, que representou, antes de tudo, o ingresso do PT no universo da esquerda não revolucionária: da esquerda que deseja justiça, democracia e reformas graduais, não mais o fim do capitalismo [...] o governo transita entre a modernização capitalista e a inclusão das massas, entre o progresso econômico e o progresso social. [...] O desempenho e o perfil do governo Lula traduzem um problema de *hegemonia*⁴¹ e devem ser interpretados como um caso em que a chegada ao poder de um ator que não investiu previamente na difusão de uma nova cultura política tende a produzir múltiplos efeitos complicadores da ação governamental e, no limite, a impossibilitar um efetivo empreendimento reformador. (NOGUEIRA, 2005, p. 27-32).

De acordo com Nogueira (2005), o governo se revelou radicalmente conservador no que se tange à política econômica, como acontecera na década de 1990. Continuou atrelando as políticas sociais aos imperativos econômicos e do mercado, criando uma crise interna no Partido dos Trabalhadores, por ser este um partido de esquerda.

Hoje temos um novo ciclo de governo com a eleição, em 1º de janeiro de 2011, da presidente Dilma Rousseff. Atualmente, o que podemos constatar desse novo governo é muito pouco, devido à recente composição de sua base governista, tendo o Partido dos Trabalhadores como um dos principais partidos que a apoiará seu mandato.

A atual presidente traz consigo uma conquista pessoal e coletiva, por ser a primeira mulher a ingressar na história da República Federativa do Brasil e por ter um amplo apoio de partidos da esquerda e aliados à

⁴¹ Hegemonia refere-se à estratégia de construção de consenso que integrou, junto às alianças de classe, a denominada *guerra de posição*, sugerida por Gramsci ao contexto Ocidental, onde a relação entre Estado e sociedade civil era equilibrada. Esta é construída na perspectiva de conquista da direção político-ideológica e do consenso dos setores mais expressivos da população como processo para a conquista e conservação do poder. (SIMIONATTO, 2004b, p.38-51).

sua candidatura, o que demonstra um viés progressista. A atual gestão indica continuidade do projeto de governo do ex-presidente Lula, com propostas de avanços nas áreas sociais e econômicas⁴².

Em matéria editada pelo Jornal O Estado de São Paulo, de 28 de fevereiro de 2011, e reeditado pelo Jornal da Tarde em 11 de março de 2011:

[...] Os gastos com Saúde da União, Estados e municípios são determinados pela Emenda Constitucional 29. Mas o texto espera para ser regulamentado desde 2000, quando foi promulgado. Enquanto não é editada uma norma que fixe os percentuais a serem investidos, o montante destinado pela União à Saúde é determinado pelo valor do ano anterior somado ao crescimento do PIB. Já Estados e municípios devem repassar ao setor ao menos 12% e 15% de seus orçamentos, respectivamente. (MAIA, 2011)

O financiamento da saúde no país abre novamente a discussão sobre a reedição do CPMF, porém, para Maia (2011), “entre os argumentos de governadores e prefeitos para a reedição da CPMF está a dificuldade de Estados e municípios mais pobres em cumprir com os percentuais estabelecidos na Emenda 29”.

De acordo com o professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, Gonzalo Vecina (apud MAIA, 2011), o setor da saúde é subfinanciado. “O gasto per capita do SUS é muitas vezes menor que o pior dos planos de saúde”, diz, ao defender a criação de um imposto para o setor. “É uma questão de prioridade. O Brasil precisa comprar caças franceses (em negociação pela FAB)? Acho que não.”

A partir desse cenário, pretendemos compartilhar algumas análises com os leitores, acerca da política atual de saúde no Brasil.

A partir de Bravo e Matos (2008), identificamos que, dos quatro momentos registrados na década de 1990, o que permanece na atual

⁴² Entre as medidas sociais que serão adotadas, Dilma Rousseff pretende priorizar em programas de habitação, saneamento básico e redução de despesas com energia elétrica famílias atendidas pelo Bolsa Família. [...] Outra medida defendida pela candidata é “expandir e aperfeiçoar” as redes governamentais e não governamentais voltadas ao atendimento de idosos, portadores de deficiência, mulheres, crianças, e moradores de rua. Dilma Rousseff, em suas propostas, destaca a necessidade de consolidação da área de seguridade social. Neste sentido, o plano destaca a necessidade de estabelecer o diálogo com o setor contributivo para consolidar o Sistema Brasileiro de Proteção Social que envolve os não contribuintes.(MAIA, 2011).

política de saúde vem a ser o quarto momento, haja vista a deficiência na área de recursos humanos. Tomamos a exemplo o Plano de Saúde Suplementar e do Sub-Sistema integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SiASS), implantados recentemente (2007 e 2010) nas Universidade Federais e demais Órgãos Federais do Poder Executivo, que vem na direção das parcerias público-privadas, demandando um esforço de adequação da área de recursos humanos para efetivar a implantação das ações propostas em tempo mínimo, porém, com exigências máximas de qualidade, em uma lógica empresarial explícita. Essa questão também foi trazida pelos sujeitos entrevistados, a qual será apresentada nas seções posteriores.

Faleiros (1991) também elucida o que hoje temos em relação à atual política de atenção à saúde do servidor público, quando traz a discussão de *classes sociais* e, como exemplo, enfatizamos o Plano de Saúde Suplementar da UFSC, por meio da política de atenção à saúde suplementar.

A discussão que Faleiros (1991) traz está presente na lógica previdenciária atualmente. Esta reforça ainda mais a divisão de classes sociais, contribuindo para a desigualdade social no campo da saúde. Podemos visualizar tal dicotomia em nossa atual política de atenção à saúde do servidor público federal, em que o privado está sendo uma opção do governo para atender a essa classe de trabalhadores públicos, gerando uma diferenciação em relação à maioria da população que não tem acesso a esse “benefício”. Com isso agrava-se, também, a distância entre os próprios servidores públicos, pois uns recebem contribuição do governo para terem acesso a Planos de Saúde e outros não, gerando uma dicotomia social distanciando-se da isonomia de direitos.

A inclusão dos servidores públicos em Planos de Saúde com recursos do Governo Federal expõe a dicotomia desigual entre público e privado, tornando o direito universal à saúde em forma complementar, pois, como lembra Cohn (1999):

Hoje o dever do Estado para garantir a saúde para todos se configura nos termos dos artigos 197 e 199, § 1º, da Constituição, na regulamentação, fiscalização e controle de um sistema único constituído por uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada por ações e serviços públicos em parceria ‘de forma complementar’ com instituições privadas.[...]. (COHN, 1999, p.69).

Afirmamos que nesse contexto de discussões políticas, o exercício profissional do assistente social não está desvinculado das propostas governamentais, já que vem a ser uma profissão que atua, em sua grande maioria, em instituições públicas governamentais, colocando como desafio ético a dimensão prática, teórico-política e técnico-operacional sob a ótica crítica e propositiva, voltada à “garantia” de direitos sociais, que, em nosso estudo específico, é voltado aos servidores públicos federais frente às parcerias público-privadas. Logo, acompanhar as discussões políticas acerca das propostas para a área social e de saúde e, na medida do possível, participar de fóruns de discussão, vem a ser uma requisição indispensável aos profissionais da área na atual conjuntura política e econômica do país, com reflexos nas políticas institucionais públicas e privadas.

Outrossim, com base nas teorias trazidas por Pereira (2004; 2008), constata-se que o Estado brasileiro, por meio do governo atual, encontra-se sintonizado com as duas primeiras vertentes em termos de governabilidade, porém os valores marxistas, teoricamente, são os balizadores do “Partido dos Trabalhadores (PT)”. Hoje o PT está na posição de “situação”, enfrentando as contradições inerentes ao sistema capitalista e às questões sócio-culturais sedimentadas no plano liberal dos governos anteriores, como também enfatiza Nogueira (2005) em sua fala.

Neste sentido, não identificamos a atual política nacional de saúde voltada para os servidores públicos federais, sob a ótica marxiana, em termos concretos. Não identificamos, igualmente, a participação dos cidadãos⁴³ como elemento constitutivo de uma práxis realizadora. Isto não se deve somente à ação do governo em propiciar tal participação, mas à mobilização da própria população em participar. Por outro lado, como participar diante de uma cultura corporativista, hegemônica, de grupos de interesses que afastam os interesses coletivos em detrimento dos seus próprios interesses? Assim, as políticas continuam sendo trabalhadas de cima para baixo. Talvez com um pouco mais de participação das gerências locais, mas não como cidadãos de direito, e sim como gestores limitados a cumprir determinações previamente estabelecidas.

Também, as reflexões de Telles (1999) vêm ao encontro de nossa reflexão quando tratamos das contradições e implicações éticas para o

⁴³ “O ‘cidadão’ é a figura típica criada pelo Estado-liberal. O cidadão é o membro constituinte da cidade, da sociedade civil, acima da qual se encontra o árbitro do bem geral: o Estado”. (FALEIROS, 1991, p.46).

exercício profissional do assistente social no contexto atual da política de atenção à saúde, nos moldes público-privados, onde os direitos sociais universais são colocados no âmbito do capitalismo mundializado.

A perspectiva de “*Estado-gerente*”, como menciona Mota (2008), também foi encontrada na política social do governo LULA, que trabalhou no campo da *desigualdade social* com políticas focalizadas, como o Plano de Saúde Suplementar de que mencionamos.

Na perspectiva da macroeconomia, podemos fazer a relação do que Draibe (1990) traz, com a atual política de saúde suplementar para os servidores públicos federais. Tal política, assim, é identificada como política voltada à descentralização de serviços com recursos públicos e privados.

Afirmamos, nessa direção, que o governo LULA efetivou a política de saúde do servidor público federal pelo viés da descentralização em termos gerenciais, a partir do modelo adotado, desde a década de 1990, pelo seu antecessor ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, tentando responder às pressões da sociedade civil e do mercado, mas sobretudo, tentando aliviar os encargos financeiros do Estado, com o viés das parcerias público-privadas.

Diante dessas reflexões, o Estado brasileiro ora transita pela ideia da descentralização (parcerias público-privadas), ora transita pela centralização (o Estado como ordenador da receita e da despesa com saúde pública), num movimento contraditório, sem a participação da sociedade no controle dos gastos públicos, como alerta Granemann (2008), restringindo-se ao governo federal e local tal controle.

Tendo estas reflexões como eixos de discussão, faz-se necessário trazer para a análise a reforma do Estado e a influência para a vida funcional e pessoal do servidor público federal das Instituições Federais de Ensino Superior (IFEs) do país, já que a política de saúde tratada neste estudo está vinculada à estrutura organizacional, política e administrativa dessas instituições, sendo reflexo da conjuntura econômica e política advinda das reformas implantadas pelo Estado, incluindo a reforma da seguridade social e do plano de cargos e salários dos servidores públicos federais.

3 O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL E A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Como mencionamos no Cenário inicialmente apresentado, atualmente há uma retomada pelo grande capital de políticas voltadas a equidade, face às consequências dos ajustes macroeconômicos. Essa perspectiva traz consigo um forte apelo para que as políticas sociais de caráter universalizantes sejam administradas de forma que o Estado se torne mínimo, focalizando suas ações sociais, também no caso da saúde, em ações fragmentadas.

A política de atenção à saúde dos servidores públicos federais, que considera a dimensão público-privada a alternativa possível, também vem sendo pautada na esteira dos ditames dos organismos internacionais, dentro da lógica da focalização e das parcerias com a sociedade civil. O servidor público federal passa a ser entendido de “usuário-cidadão” para “cliente-consumidor”, o que afirma a posição do Estado na direção mercadológica e empresarial.

Brevemente, trataremos o servidor público federal no contexto da Reforma do Estado brasileiro, tendo a leitura macroeconômica, abordada na seção anterior, como pano de fundo de nossa análise. A partir desta seção, faremos algumas “aproximações sucessivas” entre os dados empíricos e os dados teóricos, com base na fala dos entrevistados e dos autores que tratam do tema em questão.

3.1 O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO: NECESSIDADES, DIREITOS E CONTRADIÇÕES

As universidades públicas brasileiras são afetadas por um conjunto de transformações, vivendo um processo de crescente degradação, em virtude da falta de investimento do governo que persiste em seguir a ordem do capital, em detrimento do desenvolvimento de políticas públicas.

Como a reforma do Estado se pautou nas diretrizes dos organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial, para gerir os programas sociais no Brasil, a política de atenção à saúde dos servidores públicos federais também foi gerida pela mesma lógica mercantilista, ou seja, o Estado mínimo, com políticas focalizadas e

públicas voltadas para os mais pobres. Enquanto que, para atender as populações situadas em um patamar mais privilegiado, como os servidores públicos, implantam-se políticas de saúde suplementares, por meio de parcerias com a iniciativa privada, pois o entendimento evidencia que o *SUS é para pobres*. Confirma-se essa visão pela fala do sujeito “a”, do Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (DESAP) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão:

[...] básico é o Sistema Único de Saúde, e aquilo que vai além do sistema único de saúde é suplementar. Por isso se chama benefício da saúde suplementar. O Benefício Suplementar prevê o que é além do básico, o que é do Estado, então envolve aí, os planos de saúde que nem sempre são privados, podem ser convênio de auto-gestão, que não tem essa característica privada, porque eles têm conselhos, têm participação no Estado com representantes, eles não têm fins lucrativos, funcionam dentro de um sistema cooperativo [...].

Constata-se que há uma preferência pessoal do referido gerente pelas cooperativas de auto-gestão, contudo, como gestor das políticas de saúde das Instituições Federais, segue o cumprimento da legislação vigente, que abre para outras possibilidades com a iniciativa privada, sendo esta última a opção escolhida pelos dirigentes locais da UFSC.

O gestor “a” ressalta que

[...] São muitos interesses que estão em jogo. Nós estamos falando de mais de um bilhão e as operadoras de planos de saúde, elas são vorazes. É uma fatia de mercado, em que todos os dias há disputas envolvendo os Órgãos de Controladoria, Tribunal de Contas, envolvendo as operadoras de auto-gestão e privadas [...].

Encontramos ressonância na fala do sujeito “a” com os escritos de Bravo e Matos (2008, p. 200) no tocante à política de mercado:

O Projeto Saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. (BRAVO; MATOS, 2008, p. 200).

O servidor público federal⁴⁴, neste contexto, é colocado como população “privilegiada”, em detrimento da maioria da população brasileira. Contudo, o sentido público da universalização à saúde vai ficando mais distante daqueles que pagam duplamente pela sua saúde (como segurados do INSS e como “beneficiários” do Plano de Saúde Suplementar). A contradição se faz presente.

Em meio às contradições entre público e privado, o servidor público vem perdendo sua identidade, pois, ao mesmo tempo que é contratado pelo governo para atuar com, no e para o público, se vê como “beneficiário” do privado, com recursos públicos, passando de *servidores públicos* para *consumidores privados*.

Bravo e Matos (2008, p.211, 212) se refere a esse contexto quando fala sobre a condição do trabalho na contrarreforma do Estado:

As proposições da contrarreforma na saúde pretendem que os trabalhadores sejam os novos financiadores do capital através dos planos de saúde privados, com a despolitização da esfera pública e a defesa da solidariedade interclasses. O cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde previsto pelo Banco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado.

⁴⁴ O conceito de servidor público, é extraído na condição de mero acordo semântico de Brandão Neto (2011, p.224-225): “Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil, são servidores públicos aqueles que trabalham, mediante vínculo estatutário, na administração pública direta, nas autarquias e nas fundações públicas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (art. 38 e 39)”. A escolha do referido autor se deve, em especial, pelo resgate histórico da nomenclatura, como segue: A diferença entre servidores públicos e empregados públicos é que: “os servidores públicos são regidos por um estatuto próprio e os empregados públicos são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas. Não há mais a nomenclatura “funcionário público”, pelo menos em âmbito federal”. Com relação a diferença entre as palavras “funcionário” e “servidor”, o autor ressalta que: “*Funcionário*” vem de *fungunt honoré et officio*, que quer dizer exerce ofício público e tem a honra correspondente. “*Servidor*” vem de *servus, servo*, cuja origem é a seguinte : podendo os vencedores, por direito de guerra - na antiguidade – matar os vencidos, se reservavam alguns e não os matavam: daí o nome “servo”, porque os vencedores os conservavam para si. (Santo Isidoro de Sevilha). A palavra “servidor”, na forma apresentada pelo autor não cabe no pensamento social crítico, pois como foi visto, ela carrega um significado de servidão e de alienação . No entanto, utilizamos essa denominação para identificar os entrevistados pois ela é a nomenclatura oficial adotada na Legislação Federal, não sendo possível trocá-la. Caso pudéssemos, adotariamos a nomenclatura *cidadão*, ou *sujeito*, o que expressa um caráter mais humanizado e emancipador.

Com a reforma do Estado, o servidor público passou a ser considerado ineficiente, incapaz, sem qualificação e, sobretudo, sem dignidade para exercer suas funções, sendo trocado ou complementado em suas atribuições por agentes, gestores, da iniciativa privada. Sua autoestima ficou comprometida, seus direitos violados e sua identidade pública estremecida, o que caracteriza para o servidor, uma desvalorização como cidadão de direitos.

A fala da entrevistada “g”- assistente social, aponta que [...] “qualquer política, estando ela localizada no âmbito do serviço público ou não, não está dissociada de um contexto histórico e de uma política de governo engendrada em um determinado período.[...]”. Continua dizendo que

[...] é implementado em realidades que demonstram sua ineficácia na medida que se tem um mote para as políticas sociais cortadas pelo caráter neoliberal que desmonta os direitos dos trabalhadores a partir da contra-reforma previdenciária.[...].

Dentre as medidas que a reforma do Estado implementou, a partir dos anos 90, e que aportou nas Universidades Públicas Federais, podemos citar a Reforma da Previdência de 2003 que, através da Emenda Constitucional nº 41 (EC41), atingiu os servidores públicos federais. Podemos descrever algumas perdas: falta de garantia para aposentadoria integral acabando com a paridade entre ativos e aposentados; redução das pensões e aposentadorias; privatização dos fundos de previdência criando os fundos complementares de previdência; aumento do tempo de serviço com cobrança de “pedágio” para aqueles que se aposentarem antes de 60 anos para homens e 55 anos para mulheres.

A EC nº 41 restringe direitos na medida em que aumenta o tempo de contribuição do trabalhador e altera o cálculo de benefício em nome do equilíbrio financeiro, num quadro que culmina na exploração da força de trabalho.

Concordamos, portanto, com a entrevistada “g”, quando esta coloca a Reforma da Previdência nos termos da contrarreforma.

Por último, podemos citar o Plano de Cargos e Salários, que, depois de 12 anos sem reajuste salarial e revisão do referido Plano, tem-se a a Lei nº 11.091/05 vigente a partir de 2006. Mesmo assim, este Plano trouxe distorções salariais significativas entre o nível superior e o nível médio. Tal distorção levou a uma luta fragmentada da categoria

dos servidores técnico-administrativos, deflagrando um movimento independente do sindicato dos trabalhadores Sintusfc, para levar ao governo federal uma contraproposta para a correção das distorções não encaminhadas pelo referido Sindicato na época. Formou-se, em 2006, o Grupo dos TNS (Grupo dos Técnico-administrativos de Nível Superior).

Ressaltamos que a categoria dos assistentes sociais, no âmbito do Regime Jurídico Único, é tida como “técnico de nível superior”, dentro da classificação “servidor técnico-administrativo em educação”, compondo o conjunto dos servidores técnicos das Universidades Federais de Ensino Superior.

Independentemente dos técnico-administrativos de nível superior, os assistentes sociais travaram uma luta corporativa pelas 30 horas semanais de trabalho⁴⁵, sem redução salarial, em nível nacional. Esta luta é um movimento da categoria por conquistas trabalhistas, estando, portanto na esteira do nosso estudo, mesmo não sendo o foco central de análise.

Mas, é importante destacar que toda a luta não ocorre ao acaso. Como já foi tratado no início desse estudo, a reforma do Estado acentuou, ainda mais, a necessidade dos trabalhadores se organizarem por igualdade de direitos. A luta dos assistentes sociais é somada a de demais trabalhadores que estão em situações de vulnerabilidade quanto a saúde e condições de trabalho. Estamos, tratando aqui, do assistente social enquanto trabalhador assalariado, servidor público, que atua em meio às contradições da relação capital/trabalho.

No que se refere particularmente aos servidores docentes, professores, estes vem sofrendo com o aumento da carga de trabalho, devido à implantação de novos mecanismos de avaliação e controle de desempenho por parte do MEC, bem como pelo excesso do número de alunos em relação ao número de professores. Tais profissionais

⁴⁵ Lei nº 12.317/2010, que altera a Lei nº 8662/1993 que trata da regulamentação da profissão, em seu art. 5º, diz: “A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais”. A Lei 12.317/2010 foi publicada em Diário Oficial da União de 27 de agosto de 2010, Seção 1 e estabelece em seu Art. 2º: “aos profissionais com contrato de trabalho em vigor na data de publicação desta lei é garantida a adequação da jornada de trabalho, vedada a redução de salário”. Dada as condições de vida que o mundo capitalista impõe ao trabalhador, a luta por redução da carga horária vem a ser uma possibilidade de quebrar com a lógica produtivista no seio da sociedade, por isso esse movimento assumiu um caráter histórico. Trazemos esse exemplo de conquista trabalhista da categoria dos assistentes sociais, já que estamos tratando, em nosso estudo, das contradições e desafios éticos para o exercício profissional no contexto da atual política de atenção à saúde dos servidores públicos federais, e para o trabalhador que atua nessa área, vem a ser de fundamental importância a manutenção da Lei Federal, pois a garantia das 30 horas influencia diretamente no planejamento de ações e no planejamento de vida desses profissionais.

trabalham em condições adversas, na medida em que são pressionados a aumentar a produção científica, mas, em oposição, os recursos são escassos e as condições de realização de suas tarefas são inadequadas, numa conjuntura de sucateamento das universidades públicas no país.

Nessa direção, a entrevistada “F”- assistente social, aponta que

[...] os maiores investimentos não estão sendo realizados em políticas públicas que garantam o acesso aos direitos constitucionais e fortalecimento do SUS, conseqüentemente há, cada vez mais dificuldades (agravamento) de acesso a reais possibilidades de atender as necessidades de saúde desses servidores (saúde do trabalhador).[...].

Outra problemática encontrada nas universidades e, conseqüentemente na UFSC, concerne aos serviços de assistência à saúde aos servidores, estando a melhoria e a ampliação desses serviços, em nível gratuito e de qualidade, sendo substituídas pela escolha por Plano de Saúde, até mesmo colocada pelos sindicatos, quando dizem ser uma “reivindicação histórica dos trabalhadores da Instituição”.

A fala do representante sindical dos técnico-administrativos “K” expressa essa reivindicação: “[...] Esse Plano de Saúde Suplementar já era uma reivindicação antiga da categoria, que já vem há 16 anos, que nós cobramos da nossa Federação, só que é aquele Plano de Saúde que era para atender o conjunto da saúde familiar.[...]”.

A representação dos docentes, na fala do entrevistado “J”, reitera que

[...] são mais de 2 décadas de plano de saúde, e é mais antigo, com a UNIMED, é um contrato antigo. Eu lembro ser usuário desse plano desde os anos 80, a mais de 25 anos, pelo menos, eu sou usuário desse plano de saúde, e até a pouco era o único plano de saúde para os servidores.[...].

Todavia, mesmo tendo o servidor um ganho substancial nas mensalidades do Plano de Saúde Suplementar, contribuindo indiretamente para a sua renda familiar, avalia-se que esse plano constitui, dentro do projeto neoliberal, mais uma forma de injetar dinheiro público na iniciativa privada, além do que, não há o atendimento da totalidade dos servidores da Instituição, dado o seu caráter contributivo e de contrapartida nos valores das consultas e exames realizados pelo usuário, ou seja, é um plano de co-participação.

Em que pese a co-participação ter um caráter de evitar o uso indiscriminado de procedimentos, uma pequena parcela de servidores comprometidos, do ponto de vista socioeconômico (endividados com empréstimos, por exemplo), aderiram à proposta.

Confirmamos essa afirmação com a fala do entrevistado “c” – gerente da Divisão de Saúde Suplementar da UFSC.

[...] Os servidores técnicos são os que mais precisam de amparo social. Principalmente porque não têm uma educação, um preparo, pra administrar financeiramente sua renda, que já é pouco. Eu vejo, a gente tira no contracheque ali, o cara pega empréstimo pra pagar empréstimo. E a mesma coisa com o plano de saúde. Às vezes não tem condições, acabam perdendo o plano por inadimplência, tem que recorrer, voltam aqui, tentando pagar naquele momento que tão precisando do plano de saúde.

O servidor, entrevistado “o”, expressa sua visão a respeito do Plano de Saúde Suplementar:

[...] eu acho que tem uma **relação custo-benefício** muito boa e eu acho isso muito importante hoje quando nós estamos administrando o nosso custo doméstico com muita acuidade nos dias de hoje. Sem dúvida nenhuma, é o que importa. Agora, quanto a toda a sistemática que é utilizada desde os exames, o atendimento, a agilidade que eu já falei e tantos outros itens que poderia falar, eles agregam um valor muito grande porque nós não temos mais tempo hoje, especialmente dentro de instituições aqui como a nossa. Então, ele racionaliza a nossa vida, e por isso nós estamos muito felizes com esse trabalho, com esse serviço prestado [...].

Essa constatação leva-nos a afirmar a contradição existente entre capital/trabalho no acesso aos direitos fundamentais. Tal contradição coloca uma política de saúde como complementar não somente para questões de saúde, mas complementar em relação à renda, passando de direito a benefício. A fala do servidor ecoa em muitas outras falas que ouvimos no cotidiano de nosso trabalho profissional à frente da implantação do Plano. A partir dessa fala, podemos observar que o fator econômico parece ser o fator de relevância pela opção ao Plano, mais

que as próprias necessidades de saúde. Na verdade, há um equívoco neste pensamento, pois o fato de o governo entrar com uma participação financeira, o que não havia anteriormente, não significa um ganho econômico, e sim um “benefício” compartilhado. Parece que o Plano veio a aliviar o orçamento doméstico, para aqueles que já pagavam muito pelo direito à saúde.

A servidora “p” traz o motivo econômico aliado ao motivo familiar e de atendimento especializado, quando diz:

[...] juntou a necessidade mesmo, a inclusão de familiares que não estavam no Plano, que me dificultavam. Ainda, por exemplo, meus pais, embora minha mãe faça consultas pelo plano de saúde, ela também vai ao posto de saúde que é perto de casa. Então, é verdade, há uma agilidade nos exames, mas, esse não foi o motivo. O motivo é poder cobrir um pouco mais essa situação, principalmente psiquiátrica, que me afligia muito mais.[...].

Em se tratando da saúde, o SUS tem demonstrado fragilidades quanto ao atendimento, principalmente em relação a exames de alta complexidade e de alto custo, em atendimentos de caráter especializado, com a área de psiquiatria, por exemplo. Os atendimentos são parciais, com certa demora no agendamento. Dentre eles, exames imprescindíveis a obtenção de diagnóstico em situação de risco, o que vem colocando a vida humana em situação vulnerável e se transformando em uma questão ética séria.

A fala do médico perito, sujeito “m”, exprime essa preocupação e justifica a opção pelo Plano de Saúde Suplementar como contribuindo para a agilização de exames de alta complexidade:

[...] A Universidade Federal de Santa Catarina tem o serviço de atenção à saúde da comunidade universitária, mas o que a gente sente é que o SUS não abrange todas as especialidades, especialmente exames complementares.[...] Porque a saúde deles, a gente conseguia fazer aqui na UFSC com esse serviço de atendimento (Atendimento à Saúde Universitária), mas normalmente eles demoravam muito pra ter um diagnóstico. E agora o diagnóstico sempre é mais rápido por causa do exame, com a facilidade deles conseguirem o exame.[...] com a saúde suplementar a gente tem como conseguir um

especialista fora do HU, porque se não só ficava no Hospital Universitário [...].

Contudo, apesar de a Saúde Suplementar ter um papel de “aliviar” a falta de recursos do HU, ou melhor, do SUS, reforço a minha afirmação de que não podemos naturalizar a política público-privada em detrimento da política eminentemente pública, pois cairemos em um equívoco ético, ou seja, o de naturalizar o indivíduo consumidor, em lugar do indivíduo cidadão que necessita satisfazer suas necessidades humanas fundamentais, dentre elas a da saúde, por meio do acesso a um sistema para quem pode pagar, o que coloca o econômico acima do social.

Encontro na fala de Sarmiento (2005) o eco que procurava para entender a relação da ética com a mercadoria:

[...] O mais importante é a produção de mercadorias, da qual vem a satisfação dos desejos dos consumidores e não a satisfação da necessidade dos indivíduos. Ressaltando que o indivíduo não é sinônimo de consumidor. O consumidor é o indivíduo ou ser humano que tem dinheiro para ingressar no mercado. Se não tem esta condição, está fora do mercado, pois as mercadorias estão destinadas aos consumidores, e não às necessidades e desejos dos indivíduos. (SARMENTO, 2005, p. 94)

Sintetizando tal temática, entendemos que, para reverter este quadro de avanço das parcerias público-privadas nas instituições públicas de forma a compensarem as políticas eminentemente públicas, há que se ter estratégias de participação do servidor junto às entidades que discutem a saúde coletiva no país, bem como, desenvolver uma consciência de classe, voltada aos interesses coletivos, e não privados no interior das Instituições, de forma que essas parcerias não complementem o que é de direito legítimo e conquistado por via constitucional.

3.2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA: O PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Em 2007⁴⁶, foi implantado na Universidade Federal de Santa Catarina, pelo Governo Federal, o Plano de Saúde Suplementar, destinado aos servidores técnico-administrativos e docentes, subsidiado com recursos da União para Planos de Saúde Suplementares (Portaria Normativa Nº 01 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, de 17/12/2007) que visa proporcionar aos servidores públicos federais uma alternativa para o atendimento à saúde.

Na UFSC, o Plano foi implantado através de um contrato estabelecido entre a UFSC e a Cooperativa Médica UNIMED⁴⁷, por meio licitatório (Contrato nº 67/2008 que celebra a União, por intermédio da UFSC e da empresa Unimed-Grande Florianópolis, Cooperativa Médica). O plano conta com quatro modalidades, a saber:

Tipo de Plano	Área de abrangência	Acomodação	Assistência Odontológica
Plano Básico	Estadual	Enfermaria	Não
Plano Básico Plus	Estadual	Enfermaria	Sim
Plano Tipo 1	Nacional	Apartamento	Não
Plano Tipo 1 Plus	Nacional	Apartamento	Sim

Fonte: DDAS/PRDHS/UFSC/ Jan./2011

Quadro 1 – Modalidades oferecidas pelo Plano de Saúde Suplementar UFSC/UNIMED

⁴⁶ Tomamos por referência o ano de 2007, pois este foi o marco da implantação do Plano de Saúde Suplementar pelo Governo Federal nas Instituições Federais de Ensino Superior. Desde a década de 1980, conforme informações coletadas junto aos dirigentes sindicais, existiam modalidades do Plano de Saúde para os servidores da UFSC, porém, sem subsídio governamental.

⁴⁷ “A Unimed é a maior experiência cooperativista na área da saúde em todo o mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 83% do território nacional. O Sistema nasceu com a fundação da Unimed Santos (SP) pelo Dr. Edmundo Castilho, em 1967, e hoje é composto por 375 cooperativas médicas, que prestam assistência para mais de 16 milhões de clientes e 73 mil empresas em todo país”. Disponível em: <http://www.unimed.com.br>

A implantação do Plano de Saúde Suplementar ocorreu a partir do mês de junho do ano de 2008. O período de vigência do contrato é por dois anos, prorrogável por mais dois anos. Se for de interesse de ambas as partes, e estando o acordo sendo cumprindo dentro das cláusulas contratuais, poderá ser prorrogável por mais um ano, completando cinco anos para haver novo processo licitatório.

Com relação ao processo licitatório, o entrevistado “J”, representante do sindicato dos professores (APUFSC), esclarece que o processo de escolha da empresa envolveu correlação de forças entre o pensamento do sindicato e a opção da Reitoria, como relata:

[...]o grande ponto, o grande nó, foi relativo à escolha da empresa que iria fazer o contrato desse plano de saúde suplementar.[...]é o contrato mais milionário, é o maior contrato da UFSC, é o contrato do plano de saúde, não é um contrato qualquer, é o maior contrato, são milhões[...] todos gritavam a escolha de uma determinada empresa sem licitação, não sei se tu estás ciente desse debate? E as forças todas aqui da UFSC eram para escolher aquela empresa. E é uma empresa privada, não é uma empresa pública. Então, a nossa posição, que foi vencedora, e primeiramente numa assembléia da APUFSC, onde isso foi debatido, uma forte, uma grande assembléia da APUFSC, depois foi vencedora na comissão, foi pela licitação e nós conseguimos, graças a essa forte posição, de que a posição pró-licitação fosse aceita, mas a tendência até então era não ter licitação. [...] A tendência até então, no seio daquela comissão, era de não fazer a licitação, era usar as regras, e as regras vieram de Brasília de uma forma que privilegiava uma empresa, uma que historicamente tem um forte relacionamento com órgãos federais, tinha o monopólio desse serviço. Quando foi feita a licitação, ganhou a UNIMED, a que entrou, para poder ganhar, entrou com um preço muito baixo, bem inferior inclusive ao preço que ela oferece aqui pra APUFSC [...] no mercado se faz uma concorrência. Você tem que usar o mercado a teu favor [...]. O atual preço do serviço de saúde suplementar que a UFSC oferece de fato é um preço muito bom, muito favorável. E somente se obteve porque houve licitação.”[...].

A fala do representante sindical expressa os interesses econômicos privados, acima do interesse público. Portanto, a importância da participação dos sujeitos sociais na discussão e na deliberação de ações que envolvem interesses econômicos. A fala evidencia o jogo de interesses. Traz elementos de cunho ético-político, sobre a discussão do processo de escolha da empresa, denunciando a resistência da Reitoria em abrir licitação. Enfatiza que o processo de licitação foi um ganho da APUFSC que votou a favor da concorrência em detrimento do processo antidemocrático da Reitoria e do governo. Segundo o entrevistado, o Governo não teria optado pela licitação em favor de uma empresa já escolhida.

Fazendo-se um resgate histórico, esclarecemos que o Governo Federal iniciou no ano de 2007, o repasse de recursos orçamentários aos cofres da Universidade Federal de Santa Catarina, para a implantação do Plano de Saúde Suplementar, com vistas a abater o custeio das mensalidades aos servidores e seus dependentes. O sistema é de co-participação, sendo o valor estipulado em 20% sobre a tabela dos procedimentos de saúde adotados pela Cooperativa Médica. Tais procedimentos são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde. Somente os agregados, definidos aqui como: pais, netos e filhos acima de 24 anos, são excluídos da cota de contribuição do Governo Federal, tendo uma tabela específica de mensalidade, com valores fixados.

O entrevistado “a”, representante do governo federal, esclarece que o Plano de Saúde Suplementar não era previsto no orçamento da União, como benefício obrigatório:

[...] Também tinha um problema, às vezes esse benefício vinha e às vezes não vinha porque ele era passível de contingenciamentos. O problema é que, quando tem uma crise, contingência. Hoje não, ele é despesa obrigatória, e está no orçamento como despesa obrigatória. Ele é igual a salário, ele vem mensalmente para o servidor e não está mais passível de contingenciamento.[...].

Passando a ser despesa obrigatória do governo federal, o Plano de Saúde Suplementar passa a ser uma política de saúde incluída no campo da assistência obrigatória para as Instituições Federais. Na UFSC, o Plano é “opcional” e tem regras diferenciadas, com referência aos valores de co-participação, sendo cobrado do beneficiário o montante de até R\$ 80,00 (oitenta reais) para os procedimentos de alto custo. Outra diferenciação incluída no contrato entre a UFSC e a UNIMED é a

dispensa da comprovação de doença pré-existente e de não haver limite de idade para as adesões. O plano também possibilitou as adesões sem necessidade de cumprimento de carências para aqueles servidores que aderiram ao Plano nos prazos estabelecidos pela UFSC. As adesões, sem carências, se deram nos meses de julho/08 (50 dias) e outubro/novembro/08 (30 dias). Para os servidores técnico-administrativos e docentes recém admitidos na Instituição, por concurso público, foi oportunizado o período de 60 dias para as adesões sem carência, a contar da data de efetivo exercício.

O valor *per capita* disponibilizado, como cota governamental, tem sofrido reajustes semestrais desde o início de 2008. O valor inicial era linear, de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) *per capita* no mês de junho de 2008, chegando a R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais) em dezembro de 2009. A previsão foi a do aumento do valor *per capita* para a assistência à saúde suplementar de 72% no período compreendido entre 2007 e 2010. O objetivo do governo é a universalização e a isonomia no tratamento desse benefício, isto é, conceder valores diferenciados com base na faixa remuneratória dos servidores e na faixa etária dos beneficiários.

Com isso, a intenção do Governo Federal, relata o entrevistado “a”, é a de tornar a concessão do benefício mais eficiente e mais equânime:

[...] Atualmente estamos passando o benefício, que é a principal questão do ponto de vista ético, ele se tornou o primeiro benefício equânime do serviço público federal. Equânime porque nós estamos tratando os desiguais dos iguais, porque tratando os iguais como desiguais se torna injusto. Hoje, quem tem menos idade e tem um salário maior ganha menos benefício do que aquele que tem maior idade e ganha menos. Acho que estipulamos uma justiça em termos deste benefício, até porque a sinistralidade é maior para quem tem mais idade e os planos de saúde são mais caros para quem tem mais idade, então a gente tem que tratar de forma diferente. Então, a medida ética que nós estamos dando foi tornar esse benefício universal, equânime, dentro de um valor justo de mercado, tornando ele uma despesa obrigatória, normatizado.[...].

Como expõe o entrevistado, a intenção é por um benefício (e não um direito), mais equânime (e não igualitário). Ou seja, é a política do possível, dentro da lógica capitalista vigente, em detrimento da política da igualdade de direitos.

Nessa perspectiva Iamamoto (2008) esclarece a diferença de igualdade da equidade, mostrando que a meta da equidade vem da proposta do Banco Mundial. Cita o relatório sobre o desenvolvimento mundial, o qual explicita que:

A meta é a *equidade*, entendida enquanto igualdade de oportunidades de forma que respeite as liberdades individuais, bem como o papel do mercado na alocação de recursos.(...) O citado relatório afirma expressamente que o objetivo *não é a igualdade de rendas*, mas a expansão do acesso, por parte das pessoas de baixa renda, aos cuidados de saúde, educação, emprego, capital e direitos de posse da terra. Como ponto crucial, a igualdade requer o acesso às liberdades políticas e ao poder político. Já a *equidade* (...) é a busca de uma situação em que as oportunidades sejam iguais, ou seja, em que o esforço pessoal, as preferências e a iniciativa – e não as origens familiares, casta, raça ou gênero-sejam responsáveis pelas diferenças entre realizações econômicas das pessoas (BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO, 2006, p. 2 apud IAMAMOTO, 2008, p. 434-435).

A fala do entrevistado “d”, gerente da Cooperativa Médica Unimed, evidencia a política da equidade:

[...] dentro do plano da UFSC, a gente consegue abranger praticamente todas as faixas e camadas sociais, desde uma pessoa que ganhe pouco mais de um salário mínimo talvez, até uma pessoa que receba um salário compatível, que possa fazer o pagamento naturalmente das suas contra prestações.[...].

Neste sentido, foi publicada no Diário Oficial da União – Seção 1, a Portaria conjunta SRH/SOF/MP nº 1, de 29 de dezembro de 2009, que dispõe sobre a nova tabela relativa à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor, com valores

diferenciados por faixa de remuneração e faixa etária, implantada a partir de janeiro de 2010, oficializando a proposta equânime, conforme Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Valores da Participação da União no Custeio da Assistência à Saúde Suplementar do Servidor e demais Beneficiários, por Remuneração e Faixa Etária – Brasil – 2011

Remuneração (R\$ 1,00)	Idade	Per capita (R\$ 1,00)
0000 – 1.499	00 – 18	106
	19 – 28	111
	29 – 43	117
	44 – 58	123
	59 ou +	129
1.500 – 1.999	00 – 18	101
	19 – 28	106
	29 – 43	111
	44 – 58	117
	59 ou +	123
2.000 – 2.499	00 – 18	96
	19 – 28	101
	29 – 43	106
	44 – 58	111
	59 ou +	117
2.500 – 2.999	00 – 18	92
	19 – 28	96
	29 – 43	101
	44 – 58	106
	59 ou +	111
3000 – 3.999	00 – 18	87
	19 – 28	92
	29 – 43	96
	44 – 58	101
	59 ou +	106
4.000 – 5.499	00 – 18	79
	19 – 28	81
	29 – 43	83
	44 – 58	84
	59 ou +	86
5.500 – 7.499	00 – 18	76
	19 – 28	77
	29 – 43	79
	44 – 58	80
	59 ou +	82
7.500 ou +	00 – 18	72
	19 – 28	73
	29 – 43	75
	44 – 58	76
	59 ou +	78

Fonte: Portaria SRH/SOF/MP nº 1 - D.O.U. de 29/12/09

Nem sempre é perceptível o ganho econômico do governo e da cooperativa médica por meio da política equânime. Aparentemente, temos um ganho ao servidor e seus familiares, já que há um subsídio dos cofres públicos para tal finalidade. Mas, há que se trazer à tona a essência dessa equação numérica. Quando problematizamos a equação, temos a clareza de que nem todos estão incluídos, pois há determinantes sociais que estão fora dessa equação, como por exemplo, aqueles que estão endividados, (por diversos motivos, alguns por motivos de saúde/familiares e outros) e não podem pagar um plano de saúde.

Contudo, a tentativa de buscar um movimento menos linear como era a proposta anterior, não resolveu a inclusão de todos, pois, a inclusão de todos não é a meta desse Plano. Já mencionamos do por quê? nas seções iniciais quando tratamos da macroeconomia, da reforma do Estado e do neoliberalismo.

No entanto, é importante esclarecer que anteriormente a essa proposta de tabela, os valores subsidiados pelo Governo Federal eram iguais para todos, independentemente da remuneração. O que caracterizou uma distorção dentro da lógica do capital. Pois a lógica do capital é a de que: quem tem menos dinheiro tem menos acesso aos direitos e quem tem mais tem os seus direitos um pouco mais garantidos. Portanto, mesmo superando a linearidade dos valores subsidiados, continuamos tendo uma relação desigual, por tratar-se de uma política que vai na direção contrária à universalização de direitos ao acesso à saúde para todos.

Na esteira da equidade, a Agência Nacional de Saúde (ANS), ampliou a cobertura dos planos de saúde privados que tiveram uma maior extensão para enfermidades, que até então, não eram consideradas em seu rol de procedimentos⁴⁸.

Em 12 de janeiro de 2010, a ANS publicou uma nova Resolução Normativa nº 211, que inclui 70 novos itens a serem cobertos por planos de saúde; segundo notícia divulgada em 04 de junho de 2010 disponível no site oficial da ANS:

[...] A partir de 7 de junho de 2010, cerca de 46 milhões de beneficiários de planos de saúde têm acesso a 70 novos procedimentos médicos e odontológicos. O novo rol de procedimentos e eventos em saúde busca substituir o modelo assistencial ainda praticado atualmente, predominantemente curativo e com alto consumo

⁴⁸ Rol de procedimentos atuais da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

de tecnologias, por modelo mais abrangente e adequado às necessidades de saúde dos seus usuários. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

Segundo Maurício Ceschin (2010), diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, as novas coberturas começaram a vigorar a partir de 7 de julho de 2010. “[...] A atualização do rol restabelece diretrizes para a boa prática médica, com a inclusão de novas tecnologias, fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis na atualidade”.

Em reunião com representantes do setor de saúde suplementar, de órgãos de defesa do consumidor e propostas para a ampliação das regras de portabilidade de carências dos planos de saúde, a possibilidade de mudar de planos de saúde, levando consigo as carências já cumpridas, foi regulamentada pela Resolução Normativa nº 186 e implementada em abril de 2009.

Ceschin (2010) frisou que “[...] as novas regras são bem vindas e ajudam a construir uma situação melhor para o consumidor[...]”, acrescentando que a Agência está atendendo a um anseio da população.

Entre as propostas, estão:

- a) a portabilidade das carências para os beneficiários de planos coletivos por adesão;
- b) a redução do prazo para as pessoas realizarem a portabilidade pela segunda vez – de dois anos para um ano;
- c) a implementação da portabilidade especial, para beneficiários em operadoras que estiverem em processo de liquidação extrajudicial;
- d) a divulgação do número de registro do plano de saúde na ANS na carteira de cada beneficiário;
- e) o acesso por parte dos beneficiários à rede prestadora referente a cada plano de saúde;
- f) o aumento de dois para quatro meses do prazo para o exercício do direito de portabilidade, após o aniversário.

O entrevistado “a”, do MPOG, ressalta que,

[...] hoje ele (Plano de Saúde Suplementar) já está normatizado, teve três portarias, ele segue o rol mínimo da Agência Nacional de Saúde, então este foi um procedimento que nós fizemos para dizer: olha, nós vamos tratar todos os servidores de

todos os órgãos de forma igual, não dá para um ganhar 10 vezes mais e outro não ganhar nada. Então essa foi a principal medida, do ponto de vista moralizador, vamos dizer assim, deste benefício[...].

A fala do entrevistado “a” nos remete a pensar que a proposta do governo vem a ser a de quebrar com as estruturas consolidadas entre os Órgãos, entre os Ministérios, buscando uma responsabilidade compartilhada. Aqui, constata-se, pela fala, que a responsabilidade compartilhada vem a ser gerencial e técnico-operativa, e não da participação política dos trabalhadores em prol de uma saúde pública e gratuita, reforçando a tese de Ana Elizabete Mota (2008, p.47-48), na qual enfatiza que

[...]os rumos assumidos pela Seguridade Social brasileira [...] promoveu a abertura do mercado privado de serviços sociais considerados complementares, como foi o caso dos planos de saúde e da previdência complementar. Essa iniciativa fragmentou a proteção coletiva dos trabalhadores, estabelecendo os meios para implementar um modelo de proteção social composto pelos serviços próprios das empresas, pelos seguros sociais privados e oferecidos pelos bancos e pelos serviços públicos. (MOTA, 2008, p. 47-48)

Assim, a proposta em vigor reforça o enfraquecimento da luta coletiva dos trabalhadores por políticas públicas na direção da equidade como proposta possível por meio de uma política focalizada, o que também remete-nos a pensar na direção da contradição entre saúde para todos e política equânime.

Em junho de 2010, foi anunciado o aumento anual nos valores dos Planos de Saúde, em nível nacional, com reajustes para 2011, conforme declaração da ANS a seguir:

[...] Em 1º de junho de 2010, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) iniciou, em sua sede no Rio de Janeiro, uma Câmara Técnica para definição do novo modelo de reajuste a ser adotado a partir de 2011. O objetivo da primeira reunião foi analisar o cenário atual da saúde suplementar e de outros mercados, bem como propor um método de trabalho para os próximos

meses.(AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

A partir das deliberações da ANS, foi definida a seguinte tabela de reajustes, conforme as modalidades oferecidas, passando a vigorar a partir de Janeiro de 2011:

Tabela 2 – Valores das modalidades oferecidas pelo Plano de Saúde Suplementar UFSC/UNIMED

Tipos de Plano	Valores
Plano Básico	R\$ 125,57
Plano Básico Plus	R\$134,33
Plano Tipo 1	R\$ 172,27
Plano Tipo 1 Plus	R\$ 184,00

Fonte: Universidade Federal de Santa Catarina – Plano de Saúde do Servidor

Nota: Disponível em: [http:// www.ufsc.br](http://www.ufsc.br)

Um servidor que tenha uma remuneração mensal entre R\$2.000,00 e R\$2.499,00 e idade de 25 anos, resolve aderir ao plano da UFSC e inclui um dependente, seu filho de 15 anos. Conforme a tabela, ele fará jus a um subsídio mensal no valor de R\$ 101,00 e seu filho a R\$ 96,00. Se este servidor optar pelo plano Tipo 1 plus, cujo valor é R\$ 184,00, sua fatura ficará da seguinte forma: R\$184,00 (mensalidade titular) + R\$184,00 (mensalidade dependente) – R\$ 101,00 (subsídio calculado para o titular) – R\$ 96,00 (subsídio calculado para o dependente). Valor da fatura: R\$171,00. Cabe a observação: Os servidores e seus dependentes receberão conforme sua remuneração e sua idade um valor para custear o plano, que pode variar entre R\$ 72,00 e R\$ 129,00.

Concomitante ao referido aumento anual, o alto número de sinistralidade⁴⁹ registrado pelos usuários da UFSC pela Cooperativa Médica, nos últimos meses, vem acarretando novas avaliações quanto ao reajuste dos valores nos termos estabelecidos pelo contrato nº 67/2008/UFSC/UNIMED.

⁴⁹ A sinistralidade é a soma de gastos do grupo, que não pode ser superior a 70% (setenta por cento), do total dos valores pagos pelo conjunto de participantes; quando isso acontece (gasto acima de 70%), é chamado pelo termo de desequilíbrio técnico financeiro ou sinistralidade. Disponível em [http:// www.artigonal.com/saude](http://www.artigonal.com/saude) .

Ressaltamos que em nível local, o Sindicato dos servidores técnico-administrativos (SINTUFSC) e a Associação dos professores (APUFSC) já mantinham convênio com a UNIMED, porém com mensalidades mais altas. Com os salários defasados e com a proposta de um plano suplementar através da mesma cooperativa médica, o nº de adesões ao Plano da Reitoria foi muito grande, estando, atualmente, em torno de 11.000 beneficiários (entre servidores ativos, aposentados, pensionistas, dependentes e agregados).

Contudo, mesmo tendo o servidor um ganho substancial nas mensalidades do Plano de Saúde, contribuindo indiretamente para a sua renda familiar, avalia-se que esse plano constitui, dentro do projeto neoliberal, mais uma forma de injetar dinheiro público na iniciativa privada, além de não propiciar o atendimento da totalidade dos servidores da Instituição.

A outra polêmica é em relação ao triplo caráter contributivo do servidor público federal que já é descontado mensalmente para a seguridade social (assistência e previdência + plano de saúde suplementar). Ocorre que o Sistema Único de Saúde tem demonstrado ineficiência quanto ao atendimento, principalmente de exames de alto custo, com demora nos encaminhamentos, por conta da falta de investimento, como menciona a entrevistada “f”, assistente social:

[...] os maiores investimentos não estão sendo realizados em políticas públicas que garantam o acesso aos direitos constitucionais e fortalecimento do SUS, conseqüentemente há, cada vez mais dificuldades (agravamento) de acesso a reais possibilidades de atender as necessidades de saúde desses servidores (saúde do trabalhador).

Essa fala reitera a nossa reflexão crítica sobre os investimentos em saúde pública com viés privado. Estes, provenientes da União, mais especificamente da previdência social, são injetados na iniciativa privada, fazendo com que a instituição de caráter privado passe a ter sua fatia de mercado garantida por meio do seguro social público. E é neste ponto que a categoria *contradição* aparece fortemente, com implicações para pensar outra categoria de fundo, a *ética pública* (grifo nosso), que Cohn (1995, p. 230) enfatiza:

[...] no que diz respeito à Assistência Médica Individual, ela fica essencialmente sob a égide do sistema de proteção social, cobrindo somente a parcela da população que a ele tem acesso, sendo

que os serviços ofertados são produzidos fundamentalmente pelo *setor privado de saúde* e comprados pelo Estado com recursos provenientes da previdência social. Cristaliza-se, dessa forma, a constituição de um setor privado de saúde que passa a ter seu mercado garantido pelo Estado por meio da política de seguro social. (COHN, 1995, p. 230).

Quando é enfatizado pela autora que a constituição de um setor privado de saúde se cristaliza e é garantido pela política de seguro social, temos que repensar esse modelo de política para o servidor público federal no que tange à preocupação de que se torne, essa política, uma política substitutiva da política eminentemente pública de assistência à saúde e, portanto, que se naturalize essa prática. A preocupação ética é a de que a assistência à saúde, que deve ser pública, venha a ser substituída pela assistência público-privada, como alternativa sim, mas não como a única alternativa para o servidor público, reforçando-se outra categoria relevante, do ponto de vista marxiano, a de “classes sociais”⁵⁰.

A partir deste breve contexto, pode-se afirmar que, através de leis e medidas provisórias, os governos neoliberais vêm descaracterizando a Universidade como Instituição Pública, e os trabalhadores da UFSC sentem cotidianamente os efeitos de uma política voltada aos interesses do capital e aos interesses corporativos.

A análise realizada, até aqui, comprova a crise sofrida pelas universidades de caráter público em todo o país, pois, ao longo dos anos 1990, estas foram acrescidas por práticas privatizantes e mercantis.

Com esta situação de corte de verbas públicas, o setor privado está ingressando nos centros das universidades através de investimento privado em projetos de pesquisa.

⁵⁰ Esclarecemos que estamos tratando de classes sociais nos termos marxianos, porém, entendendo essa categoria clássica na esteira da contemporaneidade. Nessa perspectiva, os servidores público federais constituem, dentro da categoria “classes sociais”, uma categoria carregada de múltiplas determinações históricas, sociais, econômicas e culturais, assumindo, dialéticamente, a condição de classe burguesa e de classe trabalhadora. A contradição está em tratar os servidores públicos federais de forma diferenciada em relação a maioria da população excluída do acesso aos bens e serviços sociais, especialmente na área da saúde. Nessa perspectiva, a afirmação de que a atual política de saúde do servidor público federal, nos moldes da parceria público-privada contribui para a segmentação das classes sociais é acertada, já que a ética vem a ser a ética da fragmentação, da exclusão e não da inclusão social para todos, de forma universalizada, fruto do sistema societário vigente.

A Universidade, para cumprir o seu papel social e de responsabilidade social para com seus servidores, necessita de recursos financeiros oriundos do Estado, mais especificamente do Governo Federal, além de profissionais comprometidos com a gestão da “coisa pública”.

Atualmente, a Universidade dispõe de uma política de saúde, composta de atenção à saúde do trabalhador pelos serviços existentes na Instituição, de caráter público, em nível de atenção primária e, também, dispõe de uma política de saúde alternativa denominada Plano de Saúde Suplementar, o que caracteriza a prática híbrida da política social.

A questão ético-política perpassa a temática na medida em que o Estado, por dever, tem que priorizar recursos públicos para programas de caráter eminentemente público, porém, pressupõe-se que os limites impostos pela sociedade capitalista neoliberal impõe políticas que reproduzem no seio do Estado democrático de direito políticas alternativas para a classe burguesa, reforçando ainda mais a diferença entre classes.

A Lei nº 8.112, de 1990, que trata do Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, em seu artigo 230, prevê “assistência médica, odontológica, psicológica, farmacêutica e fisioterápica para os servidores federais ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas”. A diretriz básica para a implementação dessas ações deverá ser preventiva, voltada para a promoção da saúde e serão prestadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento.

A Constituição da República Federativa do Brasil prevê, no Capítulo referente aos Direitos Sociais, art. 7º, inciso XXII, a responsabilidade do Estado em promover, por meio de Normas de Saúde, Higiene e Segurança, a saúde dos servidores com a redução dos riscos inerentes ao trabalho.

Em que pese a Constituição ter estabelecido o Sistema Único de Saúde como a primeira opção de assistência à saúde para os servidores públicos federais, o Governo Federal fez a opção por conceder benefício financeiro para o custeio parcial de planos de saúde com operadoras de autogestão, por meio de convênios, ou com a iniciativa privada, por meio de contratos.

Alguns Órgãos federais optaram por receber o benefício para o custeio de serviços oferecidos diretamente pelo Órgão e outros optaram

por promover o auxílio indenizatório, com ressarcimento aos servidores que possuem planos de saúde contratados individualmente. Outros, segundo pesquisa realizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG):

observa-se a existência de consultórios e serviços de assistência à saúde isolados nos diversos órgãos, prestando serviços de eficácia duvidosa e, na maioria dos casos, com escassos recursos materiais e humanos. Esses serviços apresentam custos elevados quando comparados com a baixa resolutividade e são desarticulados de uma rede de laboratórios ou de assistência especializada.(BRASIL, 2009).

A normatização do benefício da saúde suplementar iniciou em 2006, alterada pela Portaria Normativa SRH Nº 01, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, de 27/12/2007, a qual estabelece orientações aos Órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC).

Esta norma torna obrigatória às operadoras de planos de saúde a cobertura mínima do rol de procedimentos em saúde da Agência Nacional de Saúde (ANS) e a oferta de planos com cobertura e redes credenciadas diferenciadas.

Vale lembrar que,

a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) teve por objetivo normatizar um mercado que atuava há mais de vinte anos sem regras claras e precisas, demandando a definição dos direitos e deveres de empresas e consumidores dos planos e seguros privados de saúde.[...] Somente a partir de 1999 o setor privado, no que se refere aos planos de saúde, passou a ser alvo de regulação.(CANTON; NEVES, 2006).

De acordo com Ligia Bahia (2002, p.73):

Apesar de decorridos três anos de vigência da legislação sobre a regulação dos planos e seguros de saúde, os conflitos entre as intenções da ANS, as empresas de assistência médica suplementar, os prestadores de serviços e os consumidores ainda conservam um caráter eminentemente econômico. (BAHIA, 2002, p. 73).

Na perspectiva trazida pela autora, a ANS, enquanto órgão regulador dos planos e seguros de saúde não vem atuando muito mais na esfera da regulação econômica do que na esfera das necessidades sociais dos usuários, trazendo a ética pública para o debate.

Cabe salientar que, com base no Documento Preliminar sobre a Política de Saúde do Servidor Público Federal (BRASIL, 2009), que trata da implantação dos Planos de Saúde Suplementar nas Instituições Federais de Ensino Superior, o financiamento de planos de saúde para os servidores federais, com recursos públicos, encontra resistência em setores que defendem o SUS como sistema de saúde universal para todos os brasileiros, inclusive para os servidores públicos. Tais setores consideram haver uma contradição entre o Estado prestador de serviços, que constrói políticas públicas para toda a população, e o Estado empregador que opta por financiar planos de saúde privados.

É interessante destacar a fala do gerente “e”, vinculado à cooperativa médica, quando se posiciona a favor do SUS:

[...] Se a gente for partir de uma premissa, que a Universidade Federal é um órgão público, na minha opinião nós deveríamos trabalhar para que se tivesse um atendimento público de qualidade, que não tivesse necessidade de se contratar uma operadora de plano de saúde privada para oferecer esse tipo de cobertura.

Porém, em seguida, reflete e traz a importância de outras alternativas:

[...] De uma forma transparente, eu acho que nós deveríamos todos ter o Sistema Único de Saúde, ou qualquer alternativa pública, só que a gente sabe que a realidade não é assim, e a gente precisa às vezes procurar outros meios [...].

Constatamos, no entanto, um equívoco quando o entrevistado afirma que [...] “nós deveríamos todos ter o Sistema Único de Saúde”. Todos nós temos direito ao SUS constitucionalmente. Observamos que o mesmo, na fala subsequente, complementa sua afirmação contradizendo a posição anterior sobre a importância do SUS, trazendo a visão empresarial e produtivista quando afirma que:

[...] se a gente ficar esperando pelo sistema único de saúde, pelo sistema público de saúde, o atendimento acaba sendo não de tanta, não com tanta facilidade, às vezes com qualidade sim, mas

não com tanta facilidade, e isso acaba interferindo até na atividade do órgão, porque as pessoas vão precisar de um acompanhamento médico, de um acompanhamento específico, e às vezes não vai ter, o que vai acabar interferindo na atividade delas assim.[...].

Independentemente de sua posição como gerente de uma cooperativa médica privada, o entrevistado toca no ponto fundamental de nossa análise, quando questiona a parceria público-privada, envolvendo recursos públicos, dizendo do quanto é importante a luta pela saúde pública e de qualidade para todos.

Contraditoriamente, traz, em seguida, a extrema limitação da rede de atendimento à saúde, com poucos hospitais públicos para atender à demanda, abrindo um nicho grande para a iniciativa privada ocupar esse espaço. Espaço esse que, a meu ver, deveria ser ampliado pelo poder público à população, e não transferir para a iniciativa privada uma responsabilidade que deveria ser exclusiva do Estado.

Essa fala ilustra o quanto a relação capital/trabalho está no cerne da questão, evidenciando a contraditória realidade e reforçando a dependência do sistema privado para complementar o sistema público de saúde.

Nesta mesma direção, a entrevista “h”, assistente social, diz que, [...] a grande questão era fortalecer o Sistema Único de Saúde para que realmente fosse universal, atendessem com qualidade sem essas grandes demoras e essas grandes filas que se tem. Mas infelizmente na atual conjuntura do Brasil foi a saída que se encontrou, digamos assim, essa parceria público-privada, que também acaba não dando conta das demandas que a gente tem, porque também tem limitações.[...].

A fala do entrevistado “d” enfatiza a importância da Cooperativa Médica empreender esforços em prol da prevenção em saúde: “Um plano de saúde hoje, ele não é sustentável se você não adotar práticas de promoção e prevenção à saúde, esse é o primeiro ponto”.

Nesse sentido, Marta Verdi (2010) esclarece sobre o que vem a ser prevenção e promoção de saúde:

[...] as finalidades dos dois modelos são distintas, mas há pontos de aproximação quando examinamos as suas estratégias de

intervenção.[...] Ao se examinar o vocábulo “prevenir”, encontramos o sentido de “adiantar-se, vir antes, antecipar-se”, que, aplicado à situação de risco, adquire o sentido de “evitar, impedir que se realize, proibir, vedar”.[...] há interpretações que aproximam a promoção da saúde dessa concepção de prevenção enquanto vigilância. Quando se trata de controlar politicamente as condições sanitárias, de trabalho e de vida da população em geral. [...] ambos os modelos (prevenção e promoção), as estratégias e os métodos utilizados podem gerar ações benéficas para a saúde. Porém, em outra direção, tais estratégias vigilantes se mostram propícias à criação de modos de controle e de exclusão, sendo transformadas, nesse caso, em instrumento de manutenção de poder e controle sobre as populações.(VERDI, 2010, p. 259).

Verdi (2010, p.260) ressalta que [...]“um dos riscos mais evidentes trata da possibilidade de políticas públicas de saúde serem construídas de modo reducionista”. Também ressalta que [...] “promover a saúde não se reduz à mudança de comportamento individual, mas depende da melhoria de condições sociais” [...].

A questão é complexa, pois, mesmo a Cooperativa Médica empreendendo ações no campo da promoção e prevenção à saúde, como vimos na fala do sujeito “d”, esta tem o objetivo, em última instância, de promover a autossustentabilidade da Cooperativa. Nessa lógica, a promoção e a prevenção à saúde têm o intuito de, também, garantir a baixa sinistralidade no uso do Plano, o que conduz à lucratividade e à manutenção do sistema.

Portanto, a partir das considerações de Verdi (2010), tendo o viés da ética e da saúde pública como norte de suas reflexões, fica claro que não se trata somente de ações pontuais para promover a melhoria da qualidade de vida, é preciso ações coletivas, públicas, pois pensar em prevenção e promoção à saúde remete, inevitavelmente, a políticas públicas de abrangência coletiva, sem fins lucrativos, desfocando a questão para um contexto mais amplo e societário.

Ao mesmo tempo em que o Governo Federal lança o Plano de Saúde Suplementar, acima mencionado, gestiona por uma política concomitante de assistência à saúde com vistas à universalização da

oferta do benefício a todos os servidores, por meio da política do Subsistema integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SiASS).

A atual Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, além do Sistema Único de Saúde, propõe a implantação do SiASS, sistema este em construção, o qual tem por objetivo a Promoção e a Vigilância à Saúde, Perícia e Assistência, fundamentadas em gestão com base em informação epidemiológica, na interrelação dos eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considere o ambiente e as relações de trabalho, propiciando um novo paradigma de relação saúde e trabalho no serviço público. Trata-se do desafio de uma política transversal entre os serviços nos diferentes Órgãos da Administração Pública Federal, com diretrizes voltadas à gestão participativa dos atores envolvidos, por meio de instrumentos de cooperação entre os Órgãos e promovidos pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Mesmo o SiASS tendo como proposita a promoção e a vigilância à saúde nas Instituições Públicas Federais, objetivamente a UFSC recorreu à Cooperativa Unimed para a realização dos “periódicos em saúde” de seus servidores. Portanto, mesmo o SiASS, com seus princípios de caráter, eminentemente, público, não se desvinculou da parceria com a iniciativa privada. Neste caso, foi uma negociação para que houvesse uma contrapartida da Cooperativa Médica para a UFSC, já que o contrato da UFSC com a Unimed vem a ser um dos maiores do Estado de Santa Catarina, em número de adesões. Como o SiASS não vem a ser a matéria em análise neste estudo, somente compõe os elementos históricos para entendermos a relação público-privada, não temos a intenção de explicar os pormenores referentes à sua implantação e execução, apenas serve de complementação para compor nossa análise, já que esse subsistema aparece nas falas das assistentes sociais, enfaticamente, como nova demanda. A visão das assistentes sociais a respeito do SiASS é a seguinte:

Para a entrevistada “F”:

[...] o SiASS faz parte de um contexto complexo, o próprio governo admite que é uma política transversal em um governo de políticas verticalizadas. O governo tem frisado muito que deseja implantar uma política Estado e não de governo, só que para que isto na prática se efetive, faz-se necessários investimentos e a participação dos servidores.[...].

A entrevistada “g” entende que:

O SiASS aponta alguns aspectos pertinentes a uma política de saúde ampliada na medida em que traz a promoção da saúde, vigilância que poderá permitir entender as causas do adoecimento.[...] O SiASS avança na medida em que traz a promoção da saúde. No entanto, creio que as legislações pertinentes à política de saúde não são explicadas por si só e nem garantem por si só uma política que de fato seja efetiva [...]. Assim, entendo que o SiASS está localizado num terreno contraditório, o qual permite trazer algumas preocupações para o debate. Entendo que a promoção de saúde requer garantia de condições dignas de trabalho.[...]

Para a entrevistada “i”:

[...] a principal contradição é que ele traz todo um discurso de humanizar, ser democrático, uma construção coletiva, e é? Será que ele humaniza mesmo? Nós estamos vendo que alguns trabalhos que nós fazíamos coletivamente, agora tu vai estar engessado por uma agenda. Estou falando agora especificamente em relação ao módulo perícia. Tu tais engessado num sistema que tu tens que responder campos obrigatórios, tu tais engessado com os horários, tu tens que ter muito cuidado pra não perder as discussões coletivas, se não as discussões vão ser só via computador, e tu sabe o que é que isso representa, uma discussão política, cada vez mais individualizar o trabalhador e perder as discussões coletivas, onde ali nascem muitas outras discussões, não só as do trabalho técnico. Então vai reforçando essa questão individualista, que é própria desse momento, do nosso próprio sistema.[...].

A entrevistada “h” expressa que: [...] Eu acho que é importante no SiASS, o governo nos reconhecer enquanto trabalhadores, que ele é responsável também pela nossa saúde, ele que tem que prezar pela saúde dos seus trabalhadores[...].

Portanto, podemos resumir das falas algumas questões como: falta de financiamento/estrutura para a efetivação do SiASS; política voltada à promoção em saúde; questionamentos em relação à proposta

de humanização e valorização do trabalhador; e a preocupação com a perda da dimensão do trabalho coletivo face ao engessamento do sistema de perícia implantado. Apesar das críticas, identificamos, na fala da entrevistada “h”, que há um reconhecimento da importância dessa política (SiASS) para a saúde do trabalhador:

[...] vejo que a questão positiva que vem em relação a isso, ou seja, para os servidores e para os Assistentes Sociais, é para além do atendimento das pessoas que já estão adoecidas, que já estão afastadas, que já estão em fase de aposentadoria, são a gente tentar promover saúde, trabalhar essa saúde do servidor. Acho que essa promoção em saúde, fazer projetos pra que realmente o servidor tenha ambientes saudáveis, relações saudáveis de trabalho, que possa ou ter afastamentos, mas que sejam afastamentos que realmente dêem conta em espaços menores de tempo, evitando aposentadorias por invalidez, enfim, e que tenha qualidade de vida realmente, que as pessoas tenham um ambiente saudável, já que a gente passa a maior parte da nossa vida no trabalho.[...] eu acho que tratar a saúde do trabalhador como uma questão de saúde pública, eu acho que é o grande ganho, é o grande avanço que a gente tem, acho que o Serviço Social tem tudo a ver com essas demandas [...].

Nosso entendimento acerca da temática pressupõe que a assistência à saúde “gratuita e de qualidade” aos cidadãos servidores públicos deva ser oferecida de forma pública e gratuita, sistema este já existente denominado SUS - Sistema Único de Saúde. Em contrapartida, a parceria do Governo com a Sociedade Civil visa, igualmente, à qualidade nos serviços, porém com o viés corporativo de lucratividade e produtividade, inerente a todo o setor privado, e a condição de cidadania do servidor público que tem no Estado democrático de direito a liberdade de opção, contudo, uma opção que parece estar se tornando obrigatória.

Hoje a discussão está caminhando para a ressignificação do papel do Estado, onde o seu papel paternalista não tem ressonância na atualidade. Cada vez mais as parcerias com as iniciativas da sociedade civil vêm sendo postuladas como alternativas encontradas pelo Estado

para o enfrentamento das expressões da “*questão social*” posta na atualidade.

Neste sentido, lembra José Paulo Netto (2006):

[...] Está claro que as estratégias (de classes) implementadas pelo Estado burguês no capitalismo monopolista envolvem diferencialmente as perspectivas “público” e “privada” do enfrentamento das seqüelas da “questão social”. [...] A experiência histórica revela, contudo, que não temos invariavelmente uma seqüência regular, antes se configurando situações complexas: a perspectiva “privada” pode ganhar destaque em fases de crescimento, quando não há políticas sociais setoriais suficientemente articuladas ou ainda quando suas potencialidades coesivas não se mostram com um mínimo de eficácia; alternativamente, a perspectiva “pública” pode manter-se dominante em fases de conjunturas críticas, quando a intercorrência de agudas refrações da questão social com rápidos processos de mobilização e organização sócio-política das classes subalternas sinaliza possibilidades de ruptura de ordem burguesa. (NETTO, 2006, p. 37).

Assim, a problemática a ser discutida passa pela relação do Estado com as obrigações referentes à garantia dos direitos na esfera das políticas públicas. A implantação de Planos/Programas/Projetos envolve o compromisso com a continuidade e com a infra-estrutura em nível tecnológico e humano a ser disponibilizado às Instituições, pois, caso contrário, corre-se o risco de inviabilidade na operacionalização dos serviços a serem prestados, e mais que isso, o não reconhecimento dos direitos. A entrevistada “f” entende tal preocupação com a viabilidade das atuais políticas de saúde quando afirma que

[...]Um dos grandes desafios do SiASS, no meu entender é que há um discurso de fortalecimento do público, de melhoria quanto ao sucateamento destes setores, retratadas como abandonadas por décadas, mas, até o momento observa-se ausência de investimentos efetivos para ‘dar conta’ dos avanços que a política a princípio se propõe.[...].

Gustavo Caponi, Maria Tereza Leopardi e Sandra N.C.Caponi (1995), alertam para a questão da continuidade das políticas públicas na área da saúde e da questão da universalidade de direitos. Os referidos autores trazem algumas reflexões importantes quando falamos em política de saúde, demandas, e recursos:

Quando hablamos de salud, parecemos inevitablemente compelidos a demandar mas y mas asistencia, ma y mas recursos, a subrayar y reforzar el problema de la escasez. Sin embargo es justamente desde El interior de esa escasez que debemos reflexionar, pues, las necesidades em El ámbito de La salud son cada vez mayores y mas costosas (ellas crecen a la misma velocidad que los descubrimientos de nuevas tecnologias bio-médicas). “El problema a subrayar es pues el de la relación entre *una demanda infinita y um sistema finito*”. (CAPONI; LEOPARDI; CAPONI, 1995, p. 62-63).

Caponi, Leopardi e Caponi (1995) levantam o seguinte problema: a relação entre uma demanda infinita e uma demanda finita. As necessidades sociais infinitas, com limitações de recursos, traz problemas éticos, além de uma grande contradição. Pois, nesses termos entendemos haver um distanciamento entre o uso das novas tecnologias, com a crescente demanda por necessidades no campo da saúde.

Nessa mesma esteira, Maria Lúcia T. Werneck Vianna (2008), relaciona os recursos finitos e demandas infinitas à questão do universalismo e focalização:

[...] a controvérsia entre universalismo e focalização como desenho apropriado para as políticas sociais, contudo, não resume a escolhas que governantes fazem diante de recursos finitos e demandas infindáveis no contexto atual. Também não traduz apenas posições divergentes num espectro ideológico cada vez mais confuso. Fundamenta-se, outrossim, em concepções teóricas distintas acerca da natureza e do papel das políticas sociais nas sociedades modernas. (VIANA, 2008, p. 122).

A dificuldade diante da escassez de recursos cria condições dificultosas para a efetivação das políticas, o que está expressada na fala do gerente “b”: “necessidade que tivemos de criar toda uma estrutura

extra, do que até então existia para esse gerenciamento [...] internamente, em termos de gerenciamento o problema maior foi esse”.

Portanto, temos aqui questões polêmicas a serem abordadas, ou seja, Governo (Serviço Público) possibilitando parcerias com instituições privadas de saúde, versus Sistema Único de Saúde, versus direitos sociais, o que, em última análise, vem a ser uma questão ética.

Essas questões estão postas, por conta da direção ideo-política conservadora e contraditória em que estão pautadas. De que ética estamos tratando? Qual ética pública almejamos? A ética que conserva valores tradicionais advindos do liberalismo econômico, como preconizou Locke (1632-1704) e do liberalismo político de Adam Smith (1723-1790)? Acredito em mudanças, pois a transformação da realidade é possível quando existe a possibilidade de pensar o novo. Esse novo constitui em desafios que precisam ser admitidos e assumido pela sociedade civil e pelo Estado.

Estamos diante de uma realidade, onde a equidade faz a vez da igualdade, a focalização como possibilidade de atender as necessidades que são infinitas, em contraponto à universalização de direitos, do empoderamento das corporações privadas, ao invés do fortalecimento do caráter público para todos. É disso que estamos tratando, e é essa a preocupação de fundo que rebate no exercício profissional e daqueles que prezam por uma política de saúde pública e de qualidade.

O Plano de Saúde Suplementar é a expressão dessa contradição capital/trabalho e encontra-se como uma política que complementa o que o poder público deveria assumir, de forma integral.

Todos esses elementos nos remetem a dilemas e contradições sobre a ética no espaço das políticas públicas, a partir da Reforma do Estado brasileiro. E, para tanto, pretendemos apontar algumas questões nessa direção, especificamente, suas implicações sobre o exercício profissional do assistente social, objeto da próxima seção.

4 AS CONTRADIÇÕES E OS IMPASSES ÉTICOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA DIMENSÃO PÚBLICO-PRIVADA

Com o objetivo de compreender as contradições e os impasses éticos para o exercício profissional do assistente social na dimensão público-privada, procuramos nesta seção realizar o movimento analítico entre as categorias teóricas e a fala dos sujeitos entrevistados, recorrendo a três pontos: a política pública, a inserção do assistente social na implantação do Plano de Saúde Suplementar e as suas requisições para o exercício profissional do assistente social.

Destacamos que esta seção está organizada nesses três pontos. No entanto, eles estão imbricados e contraditoriamente articulados. Não devemos concebê-los de forma fragmentada.

4.1 POLÍTICA PÚBLICA: DA CONTRADIÇÃO E DA ÉTICA

Inicialmente, trazemos ao nosso contexto em estudo, algumas considerações sobre o que vem a ser o conceito de *esfera pública*.

Em artigo intitulado “Variações Conceituais da Esfera Pública”, apresentado na II Jornada Internacional de Políticas Públicas - Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania, em São Luís – MA, 23 a 26 de agosto 2005, os professores Hélder Boska de Moraes Sarmiento e Rosana Sousa de Moraes Sarmiento (2005), estudaram o conceito de esfera pública a partir de pensadores como Karl Marx, Max Weber, Hanna Arendt, Norberto Bobbio, Jürgen Habermas e Richard Sennet e consideram que:

[...] público pode ter vários significados: expressar o que é do povo; pode referir-se a visão geral de um grupo de pessoas; pode ser a contraposição do que é privado; pode representar o que é de direito por designar propriedade individual; pode representar vínculos de compromisso mútuo. Assim, dependendo do tipo de compreensão teórica sobre público implicará ações sobre a realidade social, conseqüentemente, estas implicarão articulações estabelecidas politicamente que podem dar sustentabilidade às necessidades individuais e coletivas garantindo

condições físicas, humanas e financeiras de exequibilidade e continuidade. No campo das políticas públicas seus resultados deverão demonstrar impactos, assegurando maior efetividade e visibilidade política não de forma privada, mas de forma pública que traga a satisfação de quem recebe e/ou é beneficiado por esta ação. (SARMENTO; SARMENTO, 2005, p. 6).

Por política concluem que:

[...] Se entendermos política (de forma simplificada) como a tomada de decisão diante de fenômenos para uma ação sobre a realidade, podemos inferir, sinteticamente que as políticas públicas correspondem a um conjunto de princípios, diretrizes e medidas que visam atender situações ou questões coletivas, reconhecidas como de interesse público e que, por sua vez, exigem uma forma de organização que as viabilize articuladamente entre a esfera governamental e não-governamental. (SARMENTO; SARMENTO, 2005, p. 6).

E por políticas públicas, sugerem:

Nesta perspectiva, finalizamos sugerindo que as políticas públicas compreendem o estabelecimento de um novo tipo de relacionamento entre a sociedade e o Estado para além da garantia do acesso a bens e serviços, pois implicam a construção de novos mecanismos de democratização e participação social. (SARMENTO; SARMENTO, 2005, p. 6).

Tendo essas considerações de fundo, podemos dimensionar o que vem a ser política social como política pública, na perspectiva a seguir.

Nos termos de Pereira (2003), em seu artigo intitulado “As discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania”, a autora fala em política social e deixa claro que é preciso reconhecer a existência de teorias competitivas ou rivais tentando explicá-la; e que é preciso eleger o marco teórico pelo qual ela deve se pautar. Na visão da autora,

[...] o marco teórico que orienta os conceitos a seguir permite conceber a política social como produto da relação contraditória entre Estado e sociedade sobre base de igual tipo de relação entre *capital e trabalho* e sob a regência dos princípios da *liberdade positiva e da igualdade*.[...] a política social impõe-se como um conceito complexo que não condiz com a idéia pragmática de mera provisão ou alocação de decisões do Estado na sociedade (como entendem as teorias funcionalistas). E jamais ela poderá ser compreendida como um processo linear, de conotação exclusivamente positiva ou negativa, visto que, por sua natureza contraditória, ela pode ser simultaneamente positiva e negativa, dependendo da correlação de forças em vigência. Dada essa característica, a política social pode assumir vários papéis, mas sem que estes deixem de se guiar por um marco teórico comum. (PEREIRA, 2003, p. 03).

Sobre “público”, Pereira (2003), esclarece que

[...] o termo ‘público’ associado à política, não é uma referência exclusiva ao Estado. Refere-se, antes, à *coisa pública*, do latim *res* (coisa), *pública* (de todos); ou seja, coisa de *todos*, para *todos*, que compromete a todos – inclusive a lei que está acima do Estado – no atendimento de demandas e necessidades sociais. [...] por ser *pública* (e não propriamente *estatal* ou *coletiva* e muito menos *privada*), ela tem uma dimensão e um escopo que ultrapassam os limites do Estado.[...] por isso o termo ‘público’ tem um intrínseco sentido de *universalidade* e de *totalidade* e está associado aos direitos sociais. (PEREIRA, 2003, p.5).

Em resumo, a autora explica que política social não é exclusividade do Estado, assim como política pública também não o é. Mas estão imbricados por conta da relação capital/trabalho, o que significa que o Estado está para a sociedade assim como a sociedade para o Estado. Podemos afirmar, nesta perspectiva, que a problemática a ser discutida passa pela relação do Estado com as obrigações referentes à garantia dos direitos na esfera das políticas públicas e também passa

pelo papel da sociedade civil como mediador para a efetivação de direitos sociais.

Para a autora, não se trata de negar o papel do Estado em detrimento da participação da sociedade civil, e sim, admitir a necessidade de que o papel da sociedade civil em conjunto com o Estado pode dar visibilidade às demandas sociais, de forma efetiva, na garantia de direitos.

Identificamos um conjunto de categorias na fala de Pereira (2003), sendo que algumas são centrais para o nosso estudo. As categorias observadas são: sociedade civil; liberdade; igualdade; direitos sociais; público-privado; universalidade e totalidade. As três últimas estão elencadas em nosso estudo como categorias centrais.

Entendemos, no campo da saúde, que não basta o Estado fazer parcerias com a iniciativa privada para atender determinada demanda. Na perspectiva da totalidade a parceria público-privada não atinge a igualdade de direitos, apenas, ameniza uma situação pontual. Porém o problema é de caráter mais amplo. Requer o entendimento, no caso da saúde, do conceito ampliado deste, como já mencionado. Portanto, enfatizamos que para reconquistar o direito a igualdade, ao invés da equidade, da liberdade ao invés da pseudo-democracia e da universalidade ao invés da focalização é necessário mudanças de atitude de toda a sociedade, em direção a uma nova perspectiva societária que ainda está para ser alcançada. Não se trata de compartilhamento entre público-privado, ao contrário, deve ter como princípios a liberdade e a igualdade no acesso aos bens e serviços, para todos.

Ainda na vertente crítica, sob a ótica gramsciana, Marco Aurélio Nogueira (2005) coloca a questão da contradição na dimensão do público-privado, admitindo que há outras variáveis que interferem na gestão pública no âmbito público-privado advindas das relações sociais entre governo e sociedade civil. Traz também uma visão contemporânea da questão, admitindo a existência de variáveis culturais, econômico-financeiras, políticas etc, na estrutura social que influencia para a dinâmica da gestão da coisa pública como podemos citar:

[...] a gestão pública vem sendo pressionada pela sociedade, não só naquilo que tem de prolongamento do passado [...] mas também naquilo que contém de demandas provenientes das novas estruturas sociais que se estão constituindo nos últimos anos, fruto do aprofundamento do processo de democratização, das mudanças culturais, da reestruturação produtiva, das novas

políticas econômicas e financeiras, da diferenciação funcional e social.[...] As classes sociais adquiriram outra estruturação e outra dinâmica [...] pela fragmentação social. [...]. (NOGUEIRA, 2005, p.124).

Assim, Nogueira (2005, p.124) esclarece que [...] “Uma pressão adicional advém da ação combinada entre o mercado e o Estado, duas entidades contraditórias, que se complementam e que se repelem o tempo todo”.

Nessa perspectiva, podemos considerar que, na atual gestão governamental, o público não vem a ser exclusividade do Estado e, ao mesmo tempo, o privado não é exclusivo da sociedade civil, pois há um entrelaçamento entre as duas dimensões que vem a se tornar um argumento forte junto à população que anseia por melhoria de condições de atendimento às suas necessidades como a saúde, a educação, o transporte, a segurança, entre outros.

Nogueira (2005) traz a contradição e com ela questões que para nosso estudo, contribuiu para pensarmos na lógica da *diferença*, não como oposição, polaridade, mas como relação que se complementam. Essa perspectiva, faz crer que o caminho é o da totalidade e não da fragmentação.

No entendimento dos representantes sindicais, o Estado deve ser o único responsável pela condução das políticas públicas prioritárias. A fala do representante sindical, entrevistado “k”, afirma que o investimento em políticas públicas, em sua totalidade, pelo Estado é que vem a ser o caminho para uma proteção social efetiva, porém, não na dimensão público-privada:

[...] Não vejo outro caminho, a não ser no trabalho realmente social e efetivo nessas três colocações que eu falei, educação, saúde e segurança para poder proteger o cidadão que está aí, a mercê, que é a grande maioria da sociedade.[...].

A fala do sujeito “k” foi complementada pela representante “l”:

[...] Eu acho que a política de parceria público-privada, não vejo com bons olhos, principalmente em uma sociedade com tanta desigualdade social. Eu acho que o Estado deveria bancar, pelo menos a saúde, a educação e a segurança, porque o nosso cidadão, a renda dele é muito pequena, e ele não consegue se auto-sustentar. Então a parceria

público-privada quando vem para tirar o ônus do cidadão, quando ela vem, ela cobra do cidadão, aí a “cooperativa médica” e o governo, questão essa que o público-privado onera o cidadão, não somando dessa forma.

A visão do governo que antecedeu Dilma Rousseff, é exposta pelo sujeito “a”, gerente, quando relata sobre o Plano de Saúde Suplementar: “[...] Nós consideramos isso uma política de Estado. O Estado empregador que tem responsabilidades para com seus trabalhadores. Portanto nós estamos tomando todas as iniciativas no sentido de transformar essa política em política de Estado.[...]”.

Identificamos nessa fala, que as parcerias público-privadas vem se tornando cada vez mais fortes, até mesmo em governos “progressistas” de esquerda. É neste ponto que a ética pública assume contornos que subvertem o desenvolvimento social, pois as leis de mercado ditam as normas e a direção das políticas públicas.

Nesta direção, Hélder B. de Moraes Sarmento (2005) comenta a ética, sob a perspectiva crítica, quando nos fala que, a ética não pode estar dissociada da práxis:

[...] a ética passa a ser fundamental para a sociabilidade do homem, como construção de um conjunto de valores, orientadores das ações, que são expressões de necessidades objetivas, geradas no processo de organização da vida social, institucionalizadora de direitos humanos e sociais, e reguladora de todas as formas de violência material ou simbólica contra o homem. [...] A ética é a tomada de consciência do movimento que se humaniza a si mesmo e humaniza a humanidade, é uma práxis, não pode existir sem uma realização prática. (SARMENTO, 2005, p. 38).

Portanto, admitimos que o risco à vida é uma questão ética, mas a ética na perspectiva da práxis, da prática concreta, e não de uma ética idealizada desconectada de ações que possam não efetivar direitos sociais de fato, fica sem sentido. Pois, como lembra Adolfo Sánchez Vázquez (1980):

Toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis. [...] Se o homem vivesse em plena harmonia com a realidade, ou em total

conciliação com seu presente, não sentiria a necessidade de negá-los idealmente nem de configurar em sua consciência uma realidade ainda inexistente. (VÁZQUEZ, 1980, p. 219-222).

O comprometimento do Estado com as políticas públicas passa a ser compartilhado. No exemplo que estudamos, o servidor público recebe um subsídio do governo federal para abater nas mensalidades repassadas aos Planos de Saúde, que, como constatamos na fala do gerente “a”, é responsável por parte do gerenciamento da política de atenção à saúde do servidor público federal, tratando-se de um benefício compartilhado e opcional:

[...] Então nós estamos comprometendo o servidor, porque uma parcela é paga pela gente e outra parcela é paga pelo servidor. É um benefício compartilhado, onde há um compromisso do Estado e um compromisso por parte do servidor. Essa é a nossa parceria principal com o servidor. Aí a opção é dele, ele vai na opção que achar melhor. Então a nossa parceria não é direta com os Planos de Saúde, embora, eles recebam.

A fala do entrevistado acima legitima a participação da sociedade civil como co-responsável pela gestão pública, sendo esta a direção do governo Lula e, tudo indica, do atual governo de Dilma Rousseff. Do ponto de vista da ética da inclusão que estamos tratando, essa participação assume um caráter contraditório, em direção às políticas públicas e universais.

Em contraponto à visão dos autores anteriormente mencionados, trazemos a referência de Jung Mo Sung e Josué Cândido da Silva (2008, p. 50-52), que define a concepção de ética enquanto “Ética da Responsabilidade”, ou seja, uma construção coletiva e histórica dos homens:

[...] distante do individualismo e do essencialismo está a ética da responsabilidade. Nesta perspectiva, cada grupo social determina consensualmente os padrões de conduta que devem ser seguidos pelos indivíduos desse grupo. Estes padrões, porém, não devem ser vistos como universais e imutáveis, mas sim relativos a cada situação determinante e sempre sujeitos a mudanças, caso a comunidade as julgue necessárias.[...] o ideal de participação e a busca

de consenso devem servir de base para uma ética da responsabilidade. (SUNG; SILVA, 2008, p.50-52).

Nesses termos, a ética é entendida como normas de convivência pública passíveis de mudanças, a partir da participação da comunidade. A noção de ética descrita pelo autor, no entanto, é questionada, por quem entende a ética na perspectiva da transformação e não do consenso.

Porém, na perspectiva de Manfredo Araújo de Oliveira (2001, p.18), “[...] a ética parte dos problemas que emergem em nossa vida individual e coletiva”. O autor traz elementos de análise sobre a ética em nossa sociedade, também pelo viés crítico. À luz de Antonio Gramsci, coloca o problema econômico como um problema de ordem ético-político quando cita:

[...] a ação econômica constituiu, acima de tudo, um problema ético básico: o problema do reconhecimento dos sujeitos entre si como parceiros de igual dignidade, e o problema do ser e do valor próprio da natureza, o que se efetiva na construção de mecanismos institucionais que tornem esse reconhecimento possível. [...] Nesse sentido, podemos dizer, com Gramsci, que o problema econômico é, em primeiro lugar, um problema ético-político. (OLIVEIRA, 2001, p.248).

Oliveira (2001) fala de inclusão social, tendo claro os determinantes econômicos, indicando que a inclusão e a exclusão são faces da mesma moeda. Mesmo tratando do tema trabalho, tais reflexões servem para toda a dimensão da vida humana, incluindo aqui a saúde. O autor discute a lógica econômica sobre a social e o acesso aos bens e serviços para todos. O autor traz a necessária mudança societária para que haja mais justiça social.

Em concordância com o autor, mostramos a seguinte fala deste:

[...] Não se pode estabelecer, portanto, um projeto econômico válido e, conseqüentemente, um projeto de sociedade sem que se estabeleça com clareza que a questão fundante aqui é a configuração das relações sociais, de tal modo que se garanta a reprodução social da vida de todos os seres humanos numa perspectiva de lógica de

inclusão contra a lógica da exclusão. A pergunta fundamental que deve ser feita em relação a um projeto societário, ou seja, em nosso caso, à estruturação do trabalho e dos serviços, é que “chance de vida” se abre para as pessoas por ele afetadas. Trata-se, assim, de afirmar que a questão da justiça social é o horizonte ético que legitima a estruturação societária específica [...] Essa lógica excludente é absolutizada quando o mercado é considerado o mecanismo exclusivo de coordenação de uma economia moderna, sem que nenhuma outra instância possa e deva determinar as metas sociais.(OLIVEIRA, 2001, p. 249-251).

Fica claro que o autor coloca a ética sob o viés da igualdade e não da equidade, pois a ética do compartilhamento é relacionada à ética do consenso entre Estado e sociedade civil. Com essas reflexões identificamos, que o governo dos últimos anos adotaram a perspectiva da ética compartilhada e, portanto, segundo Oliveira (2001), a ética da exclusão. Podemos denominá-la, assim, de *ética da equidade excludente* (grifo nosso).

Com base nas reflexões apresentadas, em especial de Oliveira (2001), podemos afirmar que a ética pública na área da saúde, nos moldes do atual modelo de parcerias público-privadas sofre de uma deficiência quanto ao princípio básico da universalidade no que diz respeito ao acesso aos serviços para todos os cidadãos.

Muito se fala em dilemas e contradições com relação às políticas públicas onde o espaço público invade o privado e vice-versa, entretanto, é necessário diferenciarmos o que vem a ser “dilema” e o que vem a ser “contradição”. Para tanto recorremos ao dicionário de filosofia de J. Ferrater Mora, (2004, p.739) que esclarece tais conceitos: [...] “De modo muito geral denomina-se ‘dilema’ a oposição de duas teses, de tal maneira que, se uma delas é verdadeira, a outra deve ser considerada falsa, e vice-versa”. Já a contradição, segundo Mora (2004, p.572), é considerada “[...] um princípio ontológico, o chamado ‘princípio da contradição’ (que poderia ser também chamado ‘princípio de não-contradição’. [...] É impossível que uma coisa seja e não seja ao mesmo tempo e sob o mesmo aspecto”.

A partir desses conceitos, podemos dizer que um “dilema” envolve elementos excludentes, ou seja, descarta uma ou outra forma de pensamento da realidade, como verdadeira ou falsa.

No entanto, a contradição difere do dilema em sua forma, pois há o entendimento de que a contradição e a não-contradição interagem, isto é, são faces da mesma moeda, onde o movimento dialético está presente na realidade e onde algo que é contraditório pode não ser, sem eliminar um ou outro como parâmetro de verdade.

Nesse sentido, nossa reflexão *não* cabe na dimensão do “dilema” entre o público e o privado, uma vez que um excluiria o outro, trata-se de uma contradição, ou seja, estão interligados num movimento dialético e contraditório, pois o público está no privado e o privado está no público, o que nos leva a uma reflexão ética do ponto de vista da universalidade. A universalidade como princípio básico de acesso às políticas sociais, em nosso caso a saúde, deve ser o princípio prioritário e não excludente, portanto não estamos tratando de um dilema, e sim de uma contradição.

Tendo essas considerações de fundo como norte para nossas reflexões, cabe ressaltar, à luz da vertente marxiana, que as políticas sociais alternativas, como é o caso do Plano de Saúde Suplementar aos servidores públicos federais, trazem consigo a categoria da *contradição* e a divisão de classes sociais devido à relação contraditória entre capital/trabalho. Por este prisma, tais políticas favorecem e fortalecem a diferença de classes sociais no acesso aos serviços sociais de saúde, visto que, neste caso, só tem acesso quem pode pagar, colocando o princípio da universalidade, na perspectiva da ética pública, em xeque.

Vivemos em um sistema excludente por natureza, onde a relação capital/trabalho limita o acesso universal, por parte da maioria dos cidadãos que não dispõe de recursos para usufruírem dos bens e serviços disponíveis na sociedade, aumentando consideravelmente as filas nos Centros de Referências do SUS, implicando em uma questão de cunho ético-político.

Claramente destaca-se aqui, a realidade contraditória vivenciada pelos atores sociais, assistentes sociais e gestores da esfera governamental, onde o Estado e a Sociedade Civil ocupam o mesmo espaço e atuam no palco das contradições entre o público e o privado, entre a noção de liberdade e democracia, entre o conflito ético do direito universal e do direito privado, da concepção do individual e do coletivo. Assim, a categoria da universalidade assume a figura da “bailarina” que dança à mercê da música vigente dos governos, entre o ritmo clássico, o moderno e o pós-moderno⁵¹.

⁵¹ Clássico aqui refere-se à Idade Média – 476 d.c. – [...] Regimes monárquicos[...] (SELL, 2002, p.28). A Modernidade refere-se à Idade Moderna – 1.453 d.c. - “[...] Na modernidade,

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho, a partir do processo de reestruturação produtiva e do Estado, trazem novas demandas para o Serviço Social nas organizações e instituições, levando a atuações, por vezes contraditórias do ponto de vista ético, e não poderia ser diferente, diante da contradição capital/trabalho em detrimento dos direitos sociais universais.

Consideramos que, quando o Estado contrata empresas ou cooperativas privadas para oferecer uma atenção à saúde para seus servidores, está pensando sob a ótica empresarial de responsabilidade social para com eles. Neste ponto, porém, há que se diferenciar a ética empresarial⁵² da ética pública.

Para Manfredo Araújo de Oliveira (2001, p.5, grifo nosso), “o ponto de partida da ética é a vida mesma, a realidade humana, que em nosso caso, é uma realidade de fome e miséria, de exploração e exclusão”. *Nessa perspectiva, podemos afirmar que ética pública é sinônimo de inclusão e de exclusão, dependendo das vertentes ideológicas e do tipo de sociedade em que vivemos.*

O autor define ainda que “[...] a ética parte da vida não somente individual, mas da vida coletiva, social”. (OLIVEIRA, 2008, p.09). E define que: “[...] Política, em última instância, é o esforço de realização de direitos. E as instituições sociais devem estar a serviço da efetivação desses direitos. Essa é a questão fundamental”. (OLIVEIRA, 2008, p.11). Para o autor, todos os seres humanos são portadores da mesma igualdade. É por isso que a participação, naquilo que é comum, e nas decisões da vida coletiva, é um direito fundamental de cada um, uma vez que cada um é igual.

[...] A discussão ética verdadeira deve avançar.
Não pode ficar presa à idéia de virtudes ou vícios
individuais dos agentes privados, mesmo que

se considerava a razão [...] a instância capaz de estabelecer critérios a partir dos quais seria possível situar-se criticamente no mundo. A pós-modernidade refere-se à Idade Contemporânea – 1.789 d.c. – “A pós-modernidade nos pretende convencer da impossibilidade de tal empreendimento.” (OLIVEIRA, 2001, p.6).

⁵² A ética empresarial para alguns autores consiste na realização de ações voltadas à responsabilidade social. [...] “a questão da responsabilidade social da empresa vai, portanto, além da postura legal da empresa, da prática filantrópica ou do apoio à comunidade. Significa atitude, numa perspectiva de gestão empresarial com foco na *qualidade das relações* e na *geração de valor* para todos. (VIEIRA, 2004, p. 22, grifo da autora). Também, Kameyama (2004, p. 164), traz a reflexão sobre a ética empresarial: “Verificamos, portanto, que a concepção de ética nas empresas é totalmente contraditória, ambivalente e ambígua, pois embora se construam valores novos, o individualismo que está subjacente à lógica capitalista não pode dar sustentação a uma sociedade livre da exploração, da dominação e da alienação.

elassejam agentes públicos. Tem que descer às próprias estruturas fundamentais e às políticas aplicadas pelos governos no âmbito de saber se elas são verdadeiramente mecanismos adequados à efetivação do grande projeto ético de construir uma sociedade igualitária. (OLIVEIRA, 2008, p.16)

Em matéria publicada no jornal “O Povo”, de 07 de outubro de 2007, Oliveira (2007) define o que vem a ser ética pública na esteira da política e associa a ética pública à política, enfatizando a importância da igualdade para todos.

A proteção e a efetivação dos direitos significam que os seres humanos orientam suas vidas a partir de princípios éticos e por isto se respeitam mutuamente como membros de uma associação de livres e iguais e é precisamente isto que constitui a ética pública ou política, cuja virtude fundamental é a justiça em suas duas formas fundamentais: a distributiva que se refere à distribuição dos bens e à problemática da desigualdade: todos têm direito aos bens necessários à sua vida e o primeiro e o mais elementar princípio de justiça é a criação de mecanismos que possibilitem a distribuição destes bens a todos. Em nosso país sabemos que há meios suficientes para atender a todos em suas necessidades básicas; e a participativa que se refere ao exercício do poder e à igualdade: o poder pertence a todos. (OLIVEIRA, 2007).

Concordamos com que Oliveira (2007) traz à respeito da ética pública e da política. Nessa perspectiva, trazendo para o presente estudo, o que temos hoje na atual política de atenção à saúde dos servidores públicos federais são questões que denotam, sim, um problema de cunho ético-político e, acima de tudo, ideológico. Envolvem uma análise sobre os interesses hegemônicos de grupos econômicos privados, levando à naturalização das parcerias público-privadas no interior das instituições estatais e, sobretudo, o fortalecimento, cada vez mais, da resolução dos problemas econômicos e de gerenciamento do Estado por meio dessas parcerias, tratando as políticas sociais como políticas econômicas, o que, no campo da saúde, se torna um problema ético e contraditório, mesmo que seja uma opção do servidor fazer uso desse “benefício”.

Raquel Raichelis (1996) trata das parcerias público-privadas:

[...] Temos também de aprofundar o debate sobre o sentido das chamadas parcerias com a sociedade civil, que transferem para a esfera privada a execução das políticas sociais. [...] Há um lado que é muito rico de fortalecimento da chamada sociedade civil, com os movimentos de cidadania, quando se realiza a crítica do Estado centralizador e burocrático, e começa-se a aprofundar a idéia de Estado ampliado, nos termos de Gramsci. Mas, na medida em que o Estado e setores da sociedade falam em parcerias, há distintas significações, incluindo a esfera das relações privadas e mercantis. (RAICHELIS, 1996, p. 61-62).

Saúde não é relação de troca de mercadoria, é um direito inalienável do ser humano.

Pois bem, esses são nossos questionamentos, contudo, não quero dizer com eles que uma mudança de direção seja fácil de se conquistar. Uma mudança, dessa natureza, não envolve somente a administração pública governamental. Vem a ser uma mudança de atitude de toda a sociedade. Pensamos que a ética na saúde atualmente está intimamente comprometida com a relação capital/trabalho.

O pensamento da entrevistada “g” vem ao encontro da vertente crítico-dialética deixando claro sua posição em prol da universalidade no acesso à saúde:

[...] Este processo trouxe um profundo desmonte dos direitos sociais e a abertura do espaço público para investimento do setor privado em políticas que deveriam ser públicas.[...] A saúde como direito do cidadão e dever do Estado é instituída a partir da mobilização dos trabalhadores na década de transição democrática legalizada pela Constituição Federal de 1988 que trouxe o Sistema Único de Saúde como uma das políticas constitutivas da Seguridade Social. Esta política avança no sentido de estabelecer o dever do Estado na sua garantia tendo caráter universal.[...].

Acreditamos que as mudanças passam pela concepção de mundo dos governantes e da população, que não tem clareza do pertencimento a uma determinada classe social, parecendo estar nas dimensões da “estrutura e superestrutura”, parafraseando Gramsci (2004, p.26)

cultural, social, econômica, política e ideológica do país os determinantes para uma mudança de mentalidade societária.

Segundo Atílio Borón (1995, p.191), sobre a mudança da ordem societária vigente para o socialismo, o mesmo justifica que: “[...] A conjuntura do capitalismo no final do século XX nos exige, portanto, retornar às posições gramscianas, se é que queremos compreender as condições concretas sob as quais será possível efetivamente lutar pela causa do socialismo”.

Na perspectiva de Antonio Gramsci (2004), pensador de raiz marxista, contemporâneo, a cultura exerce influência para uma mudança societária. Inicialmente, faz uma distinção de que não é cultura o “saber enciclopédico”, dos que se dizem intelectuais, porém, desprovido da ação, mas é cultura o saber inteligente, qualificando o saber proletário, pois estes têm na ação o dimensionamento exato de seu poder organizativo voltado ao coletivismo. Para ele, cultura está em poder de organização pela classe proletária:

A cultura é algo bem diverso. É organização, disciplina do próprio eu interior, apropriação da própria personalidade, conquista de consciência superior: e é graças a isso que alguém consegue compreender seu próprio valor histórico, sua própria função na vida, seus próprios direitos e seus próprios deveres. Mas nada disso pode ocorrer por evolução espontânea, por ações e reações independentes da própria vontade, como ocorre na natureza vegetal e animal, onde cada singular seleciona e especifica seus próprios órgãos inconscientemente, pela lei fatal das coisas. O homem é sobretudo espírito, ou seja, criação histórica, e não natureza. (GRAMSCI, 2004, p.58).

Entendemos, a partir de Gramsci (2004), que, para haver uma mudança de mentalidade em direção à uma nova sociedade, há necessidade de consciência ampliada dos direitos e deveres, de uma ética. Há que se alcançar, uma consciência crítica de que somos frutos da história, fazemos parte dela e podemos, portanto, transformá-la. É preciso, todavia, ter consciência de classe. Depende da organização e de uma histórica, política, que não vem “de cima”, mas do espírito organizativo de quem vem “de baixo” em direção à liberdade. Pois:

As liberdades, concebidas apenas para o indivíduo capitalista, devem ser estendidas a todos.[...] Para

o proletariado, no campo da sua classe, a organização já substitui necessariamente o individualismo, mas dele absorvendo o que contém de eterno e racional: o sentido da própria responsabilidade, o espírito de iniciativa, o respeito pelos outros, a convicção de que somente a liberdade para todos é garantia das liberdades individuais.(GRAMSCI, 2004, p.155).

Ressaltamos dizer que a perspectiva da universalidade pautada na liberdade, nos termos gramscianos, não foi identificada na fala dos entrevistados gerentes, pouco identificada na fala dos servidores, identificada em parte pelos representantes sindicais e inexistente na fala do médico perito. Das quatro assistentes sociais entrevistadas, destacamos com mais ênfase a fala do sujeito “g”, na qual interpretamos uma visão crítico-dialética dos direitos individuais e da participação dos indivíduos:

[...] Assim, estes apontamentos estão inseridos num terreno de disputas por projetos políticos que vai depender também dos sujeitos para dar uma direção que de fato seja garantidora de direitos, embora em condições determinadas. [...] Da mesma forma com que você coloca algo que deveria expandir os direitos dos servidores, que vem no sentido de promoção de saúde, você também retira.[...].

Caracteriza-se na fala a importância da participação organizativa em lutar pelos direitos, pois essa luta não vem “de cima”.

A partir dessas considerações teóricas, podemos levantar alguns questionamentos como: será que os servidores públicos acreditam nos serviços públicos? Será que têm consciência do seu poder organizativo de classe? Este é um ponto a ser considerado.

A outra questão é: o setor privado é o único caminho para a solução dos problemas da administração pública? E, será que o problema é mesmo de dificuldade no gerenciamento administrativo, ou vem a ser uma questão ideo-política? Ou, quem sabe, as duas coisas? Como formar uma consciência voltada ao direito para todos, na direção da universalidade, sem ter a possibilidade de uma mudança societária como caminho? Mas, então, qual o caminho? Mas, para responder a tais questões, serão necessários outros estudos, visto que esses questionamentos são decorrentes do tema, porém não são objeto

propriamente da presente pesquisa, ficando como proposta para quem quer estudá-las.

Vale destacar, que mesmo tratando da política, estas questões atravessam o exercício profissional das assistentes sociais. Do ponto de vista do projeto ético-político da profissão Regina Célia Tamaso Mioto e Vera Maria Ribeiro Nogueira (2008) observam a fragilidade existente por parte dos assistentes sociais no campo da saúde e a importância de estarem sintonizados com o projeto ético-político da profissão:

[...] Observa-se que os assistentes sociais, talvez por falta de clareza ou de conhecimento quanto aos projetos em confronto ou por opções ideológicas, têm se inserido no campo da saúde muitas vezes de forma acrítica, ou seduzidos pelo canto das sireias, que é o mercado, na direção oposta ao projeto ético-político. (MIOTO; NOGUEIRA, 2008, p. 274-275).

Com base na observação de Mioto e Nogueira (2008), estratégias se fazem necessárias, impondo ao exercício profissional do assistente social mais que ações técnico-operativas, envolvem ações concretas, críticas, na direção da universalização de direitos. Assim, nessa direção, é de grande importância a atitude ético-política de participação nos fóruns de discussão dentro e fora da Universidade, junto aos usuários, aos profissionais e gerentes envolvidos com a questão.

O projeto ético-político do Serviço Social sinaliza um compromisso da profissão com a sociedade como um todo, logo, entendemos que ele não deve ser apreendido somente como o projeto “do” Serviço Social, e sim da sociedade, na sociedade e para a sociedade, ou seja, a profissão não deve se apropriar de um projeto que não é exclusivo do Serviço Social, ele é amplo e envolve múltiplas determinações sociais, econômicas, políticas e culturais.

Entretanto, nessa linha de pensamento, é importante termos a clareza de que a profissão precisa retomar uma discussão que não se trata de endogenia analítica da profissão, mas de reconstrução de elementos que se perderam com as projeções macro-políticas da profissão. Resgatar elementos da prática no exercício profissional do dia a dia, tendo o projeto ético-político profissional presente, é um desafio possível e premente.

Marilda Iamamoto (2008) salienta, com propriedade, essa questão:

[...]As múltiplas competências e atribuições para as quais é chamado a exercer no mercado de trabalho exigem do assistente social uma interferência prática nas variadas manifestações da *questão social*, tal como experimentadas pelos indivíduos sociais. Essa exigência, no âmbito da formação profissional, tendeu a ser unilateralmente restringida ora aos procedimentos operativos, ora à qualificação teórica como se dela automaticamente derivasse uma competência para a ação. A ruptura com o empirismo e o utilitarismo – que tão fortemente grassaram o passado dessa área profissional – e a sólida formação teórico-metodológica de profissionais para se afirmarem como aguçados analistas sociais são, certamente, requisitos incontornáveis para preservar as conquistas já acumuladas. Mas essa formação teórica não pode silenciar a capacitação voltada às competências e habilidades requeridas para o desempenho do trabalho prático-profissional. (IAMAMOTO, 2008, p. 240).

A partir dessas reflexões teóricas, podemos concluir que a formação da consciência humana perpassa por múltiplas determinações, sociais, econômicas, culturais, políticas, religiosas, que devem ser consideradas em sua totalidade.

Essa perspectiva de análise tem como fundamento a “práxis”, expressão relacionada à vertente crítico-dialética. Gramsci (2004) deixa claro que

[...] a doutrina do materialismo histórico é a organização crítica do saber sobre as necessidades históricas que dão substância ao processo de desenvolvimento da sociedade humana; não é a afirmação da lei natural, que se realizaria “absolutamente”, para além do espírito humano. É autoconsciência que estimula a ação, não ciência natural que esgota seus objetivos na apreensão do verdadeiro.[...] portanto ela é “práxis”, superação contínua, contínua adequação do indivíduo empírico à universalidade espiritual. (GRAMSCI, 2004, p.58).

Entenda-se espiritual não no sentido religioso do termo, mas no sentido de consciência humana sobre a realidade e a possibilidade de sua transformação.

No caso brasileiro, pela formação cultural judaico-cristã predominante e, não só esta, mais pela diversidade de outras crenças e religiões e, também, pela “estrutura e superestrutura” econômica, social e política vigente, vem a ser um desafio imenso para os profissionais que atuam no contexto da saúde pública e privada e, público-privada, trabalhar na direção organizativa dos “usuários” de seus serviços, ou da população mais ampla, na luta pela igualdade social. Por outro lado, a diversidade cultural, a desigualdade social e econômica existentes no Brasil podem ser fatores desencadeadores para que haja condições objetivas de resistência à ordem societária vigente. Para isto, é preciso organização e consciência de classe. É preciso ter uma prática que ultrapasse o messianismo e assuma a forma da universalidade espiritual, no dizer de Gramsci (2004). Trata-se de um desafio, que não é de uma dada profissão, mas de uma sociedade inteira.

Tendo essas inspirações teóricas de base, podemos apreender com maior lucidez, que há uma cultura cristalizada e equivocada da sociedade, sobre o entendimento de o que vem “de cima” não deve ser questionado, ou seja, o Estado, através de interesses corporativos, fruto da relação capital/trabalho, onde um direito, como o da saúde, é mercantilizado, não deve ser questionado, pois o “Estado está provendo o *melhor* acesso à saúde”, de forma suplementar. Porém, do ponto de vista ético e crítico, devemos lembrar que há que se questionar a compra e o pagamento, triplicado, pelo direito à saúde. Há o fetiche de que o que é pago é de melhor qualidade, isto é, a saúde passa a ser mercadoria. Nessa direção, a mercadoria “saúde” passa a ter valor de uso, e assume o valor de troca, quando passível das relações mercantilistas, revelando seu duplo caráter (um bem de troca e um bem natural).

Vale lembrar que, para os mercantilistas, o valor se configura por meio do dinheiro, como nos fala Marx (2008), em “O Capital”

O valor de uso só se realiza com a utilização ou o consumo. Os valores de uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social dela. Na forma de sociedade que vamos estudar (capitalismo), os valores de uso são, ao mesmo tempo, os veículos materiais do valor de troca. [...] Os mercantilistas põem em relevo o aspecto qualitativo da expressão do valor, a forma de equivalente assumida pela mercadoria,

a forma que encontra no dinheiro sua configuração definitiva. (MARX, 2008, p. 58-83).

Em se tratando de ética, na esteira do pensamento marxiano, Kameyama (2004, p.161), ressalta que [...] “o cerne da ideologia econômica neoliberal encontra-se, no lema *egoísmo é ético*”. Ou seja, tudo que é individualizado e mercantilizado e é anti-ético.

A ética, em nosso estudo, está pautada nesta perspectiva. O que chamamos de ética é carregada de determinações valorativas, entre elas o princípio da equidade e da igualdade. Portanto, não estamos falando de qualquer ética, a tratamos como *ética pública*. Passamos a adotar essa nomenclatura a partir do referencial teórico crítico e do conceito de saúde coletiva.

Para melhor elucidar o que queremos dizer, é importante reiterar que há uma diferença ideológica da equidade empregada pelos Organismos Internacionais da equidade na perspectiva da saúde, mais especificamente na saúde pública e coletiva.

Para os Organismos Internacionais a equidade vem “resolver” as iniquidades decorrentes das desigualdades sociais, praticando políticas focalizadas. Pode-se entender, a partir disso, que a igualdade não é a meta principal dessas políticas. De outro lado, estudiosos em saúde pública e coletiva, participante da II Conferência Panamericana Sobre Educação em Saúde Pública, realizada no mês de junho de 2000, colocam a equidade como expressão de justiça social, porém, diferentemente dos organismos internacionais. A equidade é tratada como um valor ético que permite o acesso aos bens e serviços sociais, mas que encontra dificuldades para ser concebida devido aos ajustes macroeconômicos e aos processos de reforma do Estado.

El sector salud está afectado por la falta de equidad en el acceso a los servicios básicos.[...] La equidad en la salud, como expresión de justicia social, es outro valor que la salud pública latinoamericana debe reafirmar em estos tiempos. [...] Entender como lãs iniquidades sociales se expresan em los perfiles de salud y como se reproducen em La vida cotidiana de las poblaciones, así como intentar transformarlas, mediante la gestión organizada de la sociedad com acciones de salud y bienestar, constituye uno de los principales propósitos de la práctica de La salud pública. (ACUÑA, 2000, p.02-10).

Quanto à ética: “La ética debe regir todas las acciones vinculadas a las políticas de salud pública, las relaciones entre políticas económicas y políticas sociales, la prestación de servicios y la investigación en la esfera de la salud”. (ACUÑA, 2000, p.10).

No campo da bioética, Kottow (2011, p. 71) , traz à reflexão os problemas do mundo e da vida contemporânea, no contexto da bioética pública: “la justicia es un *desiderátum* ético utópico cuya iterativa proclamación intenta ocultar que en todo tiempo, pero muy acendradamente en el actual, las inequidades son cada vez más profundas, tanto al interior de las sociedades como en el contexto global”.

Na visão do autor [...] “la hegemonía del mercado y la debilitación de los Estados nacionales, están llevando a que grandes sectores poblacionales vivan en inseguridad, incertidumbre y desprotección”.(KOTTOW, 2011, p.71).

Entendemos a equidade como é vista pela área da saúde, mas o que queremos deixar registrado, é que não basta a equidade para ter acesso aos bens e serviços. Esta não deve ser entendida como fim, mas como caminho. Porém, temos que caminhar para além dela, na busca de uma sociedade sem desiguais. Portanto a ética de que tratamos nesse estudo enquanto ética pública, está pautada na perspectiva da universalidade e na igualdade, princípios do SUS. A equidade não é um princípio e nem um fim, é um meio ainda necessário para enfrentar as iniquidades e injustiças. Contudo, e a ética da universalidade pautada na igualdade que devemos perseguir, não a equidade possível, como proposto e implantado durante a reforma do Estado brasileiro, até aos dias atuais.

[...] A concepção presente no projeto ético-político profissional do Serviço Social brasileiro articula direitos amplos, universais e equânimes, orientados pela perspectiva de superação das desigualdades sociais e pela igualdade de condições e não apenas pela instituição da parca, insuficiente e abstrata igualdade de oportunidades, que constitui a fonte do pensamento liberal. São estes parâmetros que balizam a defesa da Seguridade Social, entendendo que esta deve incluir todos os direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social) de modo a conformar um amplo sistema de proteção social, que possa

responder e propiciar mudanças nas perversas condições econômicas e sociais dos(as) cidadãos(ãs) brasileiros(as) (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.11-12)

Essas reflexões, colocam a ética no contexto contemporâneo como um desafio em meio às contradições, passando por uma mudança de concepção de mundo.

Pois como nos fala Sarmiento (2004, p.132): [...] “a ética como problemática contemporânea é parte da condição humana, quando história, cultura, economia e política se interrelacionam dialeticamente, mais pelas suas contradições do que pelas suas superações”.

O que Sarmiento (2004) nos traz vem ao encontro do que estamos querendo dizer com a ética pública na perspectiva da universalidade e da igualdade, pois esta pressupõe a superação do que está posto na realidade social, questionando a conformidade de uma “pretensa” ética pública adequada aos interesses macroeconômicos que acomoda os desiguais em políticas pacificadoras das iniquidades sociais e não emancipadoras na ótica da transformação social.

A ética da inclusão e não da exclusão, como postula Oliveira (2001) e a concepção ampliada de saúde, bandeira do movimento da reforma sanitária e luta dos militantes da área de saúde coletiva do país, envolve determinadas práticas voltadas às necessidades sociais de saúde e não às necessidades econômicas, como presenciamos nas políticas público-privadas, como já enfatizado.

Diante do contexto apresentado, faz-se necessário refletir, discutir e entender as contradições e implicações éticas para o exercício profissional do assistente social face às políticas atuais de saúde, onde o público e o privado estão presentes no cotidiano profissional, onde o projeto ético-político da profissão conflita-se com o projeto ético-político de reformas ou de contrarreformas, da atual política governamental de “reformas graduais” na direção do viés não universalizante e da visão de um Estado descentralizador no que diz respeito ao manejo gerencial e mercantil e equânime quanto ao acesso aos bens e serviços públicos.

4.2 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA UFSC

Quando a UFSC implantou o Plano de Saúde Suplementar em 2008, a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS) contava apenas com a estrutura administrativa da Secretaria do Gabinete do Pró-Reitor, composto pela assessora de Secretaria da Pró-Reitoria, um servidor administrativo e o Diretor do Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde (DDAS).

Para a implantação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC, foi preciso criar uma nova estrutura administrativa no interior da Pró-Reitoria, a qual foi denominada, inicialmente, de Seção de Atenção à Saúde Suplementar (SASS), vinculada ao DDAS. Porém, era preciso a criação de um cargo de chefia para que a SASS entrasse no organograma oficial da Pró-Reitoria. Na ocasião, a convite do Pró-Reitor e do Diretor do Departamento, recebemos a incumbência de colaborar na implantação do Plano de Saúde Suplementar, deixando a chefia da Divisão de Serviço Social - atenção ao servidor (DiSS), para assumir a Seção de Atenção à Saúde Suplementar (SASS).

Inicialmente, pensamos não ser atribuição profissional o exercício de tal função, pois exigiria um conhecimento técnico-operativo no campo administrativo, somado ao desempenho gerencial, mediando relações entre as instituições pública e privada. Mas, por outro lado, entendemos a necessidade de agregar forças à implantação do Plano, por este ser uma demanda antiga dos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC e por observar a importância que teria um assistente social no desenvolvimento das ações de implantação, naquele momento, para que questões que, por ventura, pudessem surgir no campo dos direitos sociais fossem administradas com vistas ao atendimento das necessidades dos servidores, de forma técnico-profissional, em âmbito social e administrativo.

Observando e participando das várias negociações entre a UFSC e a Cooperativa Unimed para tal implantação, desde questões de cunho operacional até mediações e mudanças contratuais, em conjunto com a Direção do DDAS, objetivando alargar direitos sociais aos servidores, (como, por exemplo, a inclusão do FEA - Fundo de Extensão Assistencial para os servidores pensionistas), pudemos constatar aí a importância que o assistente social teria junto à implantação.

Outro motivo que mobilizou a nossa inserção no SASS foi a necessidade que a Pró-Reitoria tinha de implantar, em caráter de urgência, o referido Plano, já que, caso contrário, a UFSC teria que devolver os recursos financeiros à União.

Por um lado, tínhamos os recursos orçamentários, mas não tínhamos os recursos humanos necessários para, em caráter de urgência, colocar em prática o funcionamento do Plano.

Entendendo essa necessidade e, pensando na possibilidade de abrir um novo campo de atuação para o Serviço Social, é que abraçamos a tarefa do gerenciamento das atividades de implantação.

Foram muitos os desafios enfrentados. Ocorreram diversos contatos e reuniões entre a SASS, o DDAS e a Cooperativa Médica. Surgiram diversos problemas de ordem operacional com o número crescente da demanda. Era preciso que os profissionais das duas instituições resolvessem, com agilidade, questões referentes ao sistema de informatização cadastral, o que levou a diversas idas e vindas à Cooperativa Médica, por parte do Diretor do Departamento e da Chefia da SASS, para dimensionar os problemas e resolvê-los cada um a seu tempo, juntamente com o técnico em análise de sistemas do Núcleo de Processamento de Dados da UFSC.

Como não foi possível a implantação do Plano na folha de pagamento do servidor, este passou a receber um boleto bancário, o que acarretou muitos problemas de ordem operacional, trazendo para a UFSC uma demanda que não era de sua competência, assim como, trazendo para a Cooperativa Unimed a necessidade de se adequar a esse novo contrato de 9.000 vidas, na época da implantação.

Foi uma corrida contra o tempo para os devidos ajustes operacionais das duas partes. Não houve um treinamento específico por parte do governo federal, as pessoas envolvidas aprenderam no ensaio e erro a resolverem os problemas.

Após o primeiro ano de implantação, houve a necessidade de ampliação do serviço (SASS), passando a ser denominado Divisão de Saúde Suplementar (DvSS).

Em meio a todas as questões administrativas e operacionais, chegavam as situações de ordem socioeconômica à chefia, que atuava em meio às contradições de exercer a função de gerência e de atender, ao mesmo tempo, aos usuários do Plano em suas necessidades de caráter social. Essa dupla função era constante e desafiadora. Nesse momento, a apreensão da realidade levava-nos a afirmar a posição de assistente social enquanto gerente, pois eram muitos os problemas que envolviam os encaminhamentos junto à Unimed com relação a mediar questões sobre prazos de liberação de autorização para exames de alta complexidade, envolvendo risco de vida em alguns casos; informação sobre os direitos contratuais; negociação junto a hospitais de psiquiatria

para o cumprimento do direito do servidor em permanecer conforme os dias estabelecidos em contrato; atendimento a situações envolvendo portadores de necessidades especiais, em conjunto com a Junta Médica Oficial da UFSC; atenção aos aposentados e pensionistas que não tinham clareza dos seus direitos contratuais e nem de seus direitos de reivindicação pelo atendimento de urgência em casos especiais; orientação sobre o direito a reembolso previsto em contrato, que muitas pessoas não tinham esse saber, entre outras intervenções.

Tais elementos empíricos indicavam “novas” requisições que ultrapassavam a mera atuação como gerente, trazendo demandas sociais significativas no campo da ética e dos direitos humanos. E é nesse ponto que o exercício profissional do assistente social fazia-se presente, em meio a mediações entre o público e o privado, entre as demandas individuais e coletivas, ético-políticas, de conquista de direitos sociais, exigindo do profissional uma postura de enfrentamento em meio às correlações de forças entre o direito e às exigências contratuais.

Essa experiência levou-me ao Mestrado e a estudar o exercício profissional frente ao público e o privado, já que “novas” demandas e requisições estavam postas, em meio às contradições e desafios éticos cotidianos.

Ora, se a proposta do governo é propiciar uma alternativa ao servidor para que ele obtenha uma melhoria nas suas condições de saúde, é igualmente importante questionarmos o como fazer, com que estrutura e com que qualidade, o que exige planejamento e recursos, como lembra Caponi, Leopardi e Caponi (1995) e Vianna (2008).

É certo que, na UFSC, dada as condições estruturais e institucionais de todos os envolvidos na gestão de saúde, muitos esforços foram feitos. Portanto, não temos o objetivo de avaliarmos a estrutura do Plano de Saúde Suplementar na UFSC, muito menos avaliar a administração do mesmo, e sim, trazer à tona a análise acerca das contradições e desafios éticos que essa política empreende ao exercício profissional do assistente social e as “novas” requisições postas. Por outro lado, é claro que as condições objetivas para o exercício profissional nesse contexto trazem indagações de cunho teórico-metodológico para tal exercício e, sobretudo, de cunho ético-político.

Sabemos das limitações que hoje temos junto ao Sistema Único de Saúde, especialmente em relação ao acesso rápido aos exames de alta complexidade. Entendemos o anseio dos servidores, e incluo-me

como servidora, na opção por um Plano de Saúde Suplementar, entretanto, é preciso problematizar, ir além, questionar sobre que atenção à saúde almejamos. Temos uma limitação na cidade de Florianópolis e no Estado de Santa Catarina quanto à existência de suporte hospitalar para atender à demanda. Tal limitação é também encontrada pelo setor privado, quando não há leitos nos hospitais de referência para atender, até mesmo para os que podem pagar por eles.

O que queremos dizer é que esse contexto reflete diretamente no exercício profissional do assistente social que necessita da rede social disponível para articulação e os encaminhamentos necessários para a sua intervenção prática.

Assim, com a implantação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC, abre-se um leque de demandas novas, extrapolando a atenção aos servidores voltando-se para a atenção aos dependentes e agregados que dela fazem parte. Com isto novas requisições sociais vêm à tona, mesmo que aparentemente não apareçam, pois se escondem em meio à burocracia, a administração, mas elas estão ali presentes, é preciso desocultá-las.

Mesmo sendo o Plano de Saúde uma alternativa para o servidor e seus familiares, há um indicativo de tornar-se um substituto de uma política eminentemente pública, além de, a partir dele, ter-se novas demandas para além do administrativo, ficando um questionamento: cabe ao Serviço Social trabalhar com essas novas demandas, mesmo sendo na dimensão público-privada, já que as questões sociais devem ser vistas atendidas independentemente de posturas ideológicas? Cabe negar tal intervenção em função da direção ético-política da profissão, que tem como norte o público e não o privado? E que contradições e desafios éticos encontramos nessas novas requisições que podem trazer desafios ao exercício profissional nesse contexto?

Para responder tais questionamentos, recorreremos às entrevistas com os profissionais que atuam junto ao Serviço Social da PRDHS/UFSC. A totalidade das assistentes sociais entrevistadas consideram que o Serviço Social não deve se envolver diretamente na Divisão de Saúde Suplementar, não tendo necessidade de lotar um profissional no setor que administra o Plano. Porém, três assistentes sociais admitem que não é possível ficar indiferente à demanda social que se apresenta. A entrevistada “h” pondera que o Serviço Social deve atender às situações sociais encaminhadas pela Divisão de Saúde Suplementar, devendo esta remetê-las à Divisão de Serviço Social:

[...] Vejo que não há necessidade de ter uma atuação direta em relação à questão da saúde

suplementar, já que se o nosso trabalho está consolidado, ele tem uma identidade dentro da Universidade, as demandas que vão surgir a partir da questão da saúde, e no nosso, específico da Cooperativa Médica, elas podem ser remetidas para a Divisão e a partir daí a Divisão fazer estes encaminhamentos.

Somente a assistente social “i” entende que a Saúde Suplementar não deve ser o foco de atuação do Serviço Social, sendo este voltado à perspectiva da saúde do trabalhador através de uma política eminentemente pública, como podemos constatar em sua fala:

[...] essa discussão da proposta de atenção à saúde do servidor público federal, entra o plano de saúde suplementar, nesse eu entendo que o Assistente Social não deve encampar esse trabalho.[...] Assistente Social, nesse momento encampar, eu entendo que vai contra a nossa profissão, porque nós trabalharemos muito mais na direção de estar trabalhando em prol do SUS, não de encampar, porque eu me sentiria fazendo propaganda para a “Cooperativa Médica”. [...] o Serviço Social, exagerando, ele não deve se envolver. É como se fosse o auxílio transporte, o vale alimentação, é entre aspas, um benefício, que na verdade ele tem toda uma polemica. O certo seria que o Estado tivesse que garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, é o que reza a constituição.[...].

Portanto, as opiniões acerca da participação do assistente social se dividem, mas há um consenso em não “fechar os olhos” para essa nova demanda institucional.

Entendemos, que o assistente social, no contexto do Plano de Saúde Suplementar deve estar presente. Não devemos ficar alheios. Devemos sim exercer as atribuições e competências profissionais de forma a refletir criticamente junto aos usuários, à administração local e à cooperativa médica, acerca de questões que envolvam perda de direitos. Nesta direção, a socialização de informações aos usuários quanto aos seus direitos é fundamental. Acredito que do ponto de vista da prática profissional, o atendimento às necessidades sociais dos usuários do Plano devem ser consideradas como demandas a serem atendidas pelo Serviço Social, quando necessário. Porém, observando-se a proporção

em que essa demanda chega e sua natureza. Como ela chega? De que forma? Quem encaminha?

Também é importante ter claro, as condições objetivas que são postas ao assistente social nesse contexto, pois a atuação em âmbito ético-político envolve mediações que, muitas vezes, engessam o exercício profissional, impedindo práticas transformadoras.

Por isso, a autonomia profissional é indispensável para que o foco da atuação seja, exclusivamente, o servidor. Essa atitude ético-política leva-nos a enfrentamentos, face a contradição presente entre público e privado e os interesses corporativos intrínsecos à essa relação.

Não acredito que o trabalho do Serviço Social na Universidade esteja consolidado. Quanto à identidade, esta ainda está muito fragilizada perante o projeto ético-político profissional. Há uma fragmentação sinalizando para ações pontuais. Nesse sentido o Serviço Social distancia-se do objetivo de ações mais totalizantes. Contudo, somos da opinião de que o Serviço Social não pode ficar alheio, negando essa realidade. É nessa realidade contraditória que o trabalho interventivo e crítico do Serviço Social pode fazer a diferença.

Regina C.T. Miotto e Vera M. R. Nogueira (2008, p. 281), traz a concepção de que “a ação profissional se constrói como processo”. Por conseguinte, não há processo de trabalho, e sim o trabalho entendido como processo. É nessa direção que acreditamos em uma possível práxis profissional no contexto da Saúde Suplementar. O trabalho do assistente social, nesse contexto, está em processo de investigação, de análise, de possibilidades de intervenção, de busca pelo caminho de sistematizações teórico-práticas. Assim é que entendemos esse desafio profissional na contraditória realidade público-privada.

Marilda Iamamoto (2008, p. 416-417) refere-se à questão teoria e prática, ilustrando o que expomos em nosso cotidiano profissional: Sobre o clássico dilema entre *causalidade e teleologia*⁵³ “[...] esse é um dilema que é subjetivamente apreendido pelos profissionais de campo, ao nível da percepção cotidiana, de forma dualista, expressa no recorrente reclamo do “distanciamento entre projeções e realidade, entre teoria e prática”.

Consideramos que o distanciamento entre teoria e prática passa a ser um dilema quando o profissional não tem conhecimento do projeto ético-político da profissão, ou se tem, não o internalizou. Porém, em nosso caso, passa a ser uma contradição entre teoria e prática quando

⁵³ A teleologia (do grego τέλος, finalidade, e -logía, estudo) é o estudo filosófico dos fins, isto é, do propósito, objetivo ou finalidade.

atuamos na mediação entre a totalidade do projeto ético-político profissional e as requisições institucionais público-privadas.

Entendemos dessa forma, pois, teoria e prática são faces da mesma moeda, não podem ser tratadas de forma fragmentada. Elas são contraditórias pois uma não exclui a outra, estão em interação, portanto, não se trata de um dilema e sim de uma contradição.

Iamamoto (2008) aponta duas questões de relevância:

[...] (a) A existência de um campo de mediações que necessita ser considerado para realizar o trânsito da análise da profissão ao seu exercício efetivo na diversidade dos espaços ocupacionais em que ele se inscreve; (b) a exigência de ruptura de análises unilaterais, que enfatizam um dos pólos daquela tensão transversal ao trabalho do assistente social, destituindo as relações sociais de suas contradições. (IAMAMOTO, 2008, p. 416).

A categoria mediação aparece forte a partir dos dados empíricos e deve ser entendida, teoricamente, na perspectiva da totalidade.

Reinaldo N. Pontes (2009) ajuda a esclarecer que:

A totalidade é essencialmente processual, dinâmica, cujos complexos, em interação mútua, possuem um imane movimento.[...] Neste sentido, a mediação aparece neste complexo categorial com um alto poder de dinamismo e articulação.[...] Enfim, esta categoria tributa-se a possibilidade de trabalhar na perspectiva de Totalidade. Sem a captação do movimento e da estrutura ontológica das mediações, através da *razão*, o método, que é dialético, se enrijece, perdendo, por conseguinte, a própria natureza dialética. (PONTES, 2009, p. 81).

Portanto, as relações sociais, tanto em nível de sua singularidade quanto na dimensão do coletivo, são objetivadas por meio da contradição capital/trabalho inerentes à sociedade capitalista.

Tendo apresentado, o contexto da implantação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC e a inserção do assistente social, pretendemos, em seguida, trazer, concretamente, as requisições e implicações éticas para o exercício profissional do assistente social a partir da atual política de atenção à saúde do servidor público federal, com base nas

observações e na vivência experimentada pela pesquisadora, como acabamos de retratar.

4.3 AS REQUISIÇÕES E IMPLICAÇÕES ÉTICAS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL A PARTIR DA ATUAL POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL

As políticas sociais com a interface entre a esfera pública e a esfera privada geram novas demandas que são requisitadas ao profissional de Serviço Social no contexto das instituições e organizações, o qual é desafiado a processá-las, muitas vezes, frente a um contexto adverso.

Esta realidade está presente na Universidade Federal de Santa Catarina, onde temos a inserção do profissional de Serviço Social junto à política de implantação do Plano de Saúde Suplementar para os servidores técnico-administrativos e docentes.

Através do Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde (DDAS), foi criado o Serviço de Atenção à Saúde Suplementar (SASS) para atendimento, orientação e encaminhamentos dos usuários servidores, sendo requisitada a participação de um profissional do Serviço Social.

4.3.1 As Requisições Profissionais junto ao Plano de Saúde Suplementar

Por ocasião da implantação do Plano, o assistente social foi requisitado a atuar em diversas frentes de trabalho, identificando-se com “novas”requisições⁵⁴, no âmbito da atuação junto à Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social da UFSC. A partir das falas dos entrevistados, identificamos, além das categorias eleitas para o estudo relacionadas aos eixos temáticos como: Totalidade; Contradição; Universalidade; Ética Pública; Público-Privado, também emergiram

⁵⁴ Entendemos por “novas” *requisições* aquelas em que aparecem em um *novo contexto*. No Serviço Social podemos dizer que *as requisições são sempre novas*, partindo do pressuposto que a realidade é dinâmica. Mas o que queremos dizer é que são requisições revisitadas, pois elas não são nenhuma novidade ao profissional de Serviço Social, apenas encontram-se em um novo contexto de trabalho, tornando-as mais desafiadoras

expressões e categorias na fala dos sujeitos que são transversais às requisições profissionais, com implicações para o exercício profissional na dimensão teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, como podemos observar:

- a) **gerentes:** mediação; informação; participação; relação de poder; parceria; responsabilidade social; focalização; transversalidade; intersetorialidade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade; individualismo; coletivismo; identidade: questão ideológica; integralidade; administração de pessoal; contexto emocional; inadimplência; planejamento; burocracia; direito do consumidor; democracia; cooperativa; consenso; tecnologia e processos administrativos; preconceito; negócio; mercado; demanda emergência/urgência; promoção à saúde; custo assistencial; segurança;
- b) **assistentes sociais:** terceirização; saúde do trabalhador; rede; trabalho multiprofissional; participação; política transversal; investimento público; autonomia; diversidades; democracia e participação; processo de trabalho; autonomia para materializar; construção cotidiana; equipe multiprofissional; saúde mental; informatização; controle de trabalho; produção; avaliação de desempenho; sistema informatizado; controle de produção; processo democrático; construção coletiva; oportunidade de participação; produtivismo; teoria empresarial; empreendedorismo;
- c) **médico perito:** divulgação; atestados médicos/adoecimentos;
- d) **servidores:** consumidor; cidadania/funcionário público; informação; relação custo-benefício; nível de satisfação;
- e) **representantes sindicais:** controle emergencial/orçamento médio do servidor; participação em comissão; contratação de pessoal; licitação; representação; condições de trabalho/saúde ; política ativa pró-saúde.

Essas expressões categoriais, identificadas na fala dos sujeitos, devem ser entendidas no contexto em que se encontram, ou seja, na atual política de atenção ao servidor público federal na dimensão público-privada. Vistas desta forma, devem ser consideradas, como saber empírico, que alimenta o saber profissional e este se retroalimenta em bases teóricas. Elas estão interconectadas a cada requisição que constatamos no estudo.

Embora tenhamos feito o exercício de identificá-las, não cabe aqui, o seu estudo, tanto pela sua quantidade, como pelo extenso percurso teórico que seria exigido. Relembramos que nossa intenção recai sobre as requisições. Elas foram identificadas no desenvolvimento do trabalho junto ao Serviço de Saúde Suplementar, nos atendimentos realizados com os usuários do Plano: familiares dos servidores técnico-administrativos e docentes (dependentes e agregados); aposentados e pensionistas. Também foram identificadas em reuniões interinstitucionais com gestores da UFSC e da Cooperativa Médica, no contato com a equipe técnica dos dois Órgãos (administradores; analista de sistemas; técnicos do setor financeiro-orçamentário; área de recursos humanos; área de administração de pessoal. Por último foram coletados registros com os entrevistados que também forneceram dados complementares às requisições identificadas, além de apresentarem outras requisições. Essas requisições foram registradas como “novas” requisições ao exercício profissional.

As requisições são trazidas no contexto da atual política de atenção ao servidor público federal, priorizando-se a Saúde Suplementar, todavia o SiASS também aparece em quase todas as falas dos assistentes sociais e gerentes, o que nos fez trazê-lo ao contexto.

Vejamos, portanto, as dez requisições profissionais reconhecidas pela pesquisadora:

A primeira é o *atendimento aos usuários*. Vejamos como esse atendimento, realizado pelo assistente social, é entendido pelo entrevistado “o” (servidor):

[...] eu entendo como exatamente um profissional que vai dar um suporte, vamos dizer ao melhor funcionamento do serviço.[...] Às vezes é até uma dificuldade colocar o seu problema e tal. Sabem qual é o seu problema, mas não sabem colocar objetivamente o que precisam e tal. E esse Assistente como suporte, como uma pessoa que vai exatamente clarificar as idéias, ajudar o usuário a encontrar o que ele realmente busca, a sua necessidade.

O entrevistado identifica o trabalho do assistente social como de “suporte”, o que expressa a necessidade de “ajuda” e de “apoio”. Temos uma visão reducionista do trabalho do assistente social, porém real. Não é identificado aqui uma visão de totalidade.

O entrevistado “e”, gerente, entende o trabalho do assistente social dessa forma:

[...] Assistente social para nós é aquela pessoa que vai entender todo o contexto familiar, todo o contexto no qual a pessoa está inserida, para tentar identificar as necessidades que ela precisa, de atendimento, de melhor qualidade de vida, enfim, das necessidades que ela precisa de atendimento.[...].

Este entrevistado, parece visualizar de forma diferenciada a atuação do assistente social, quando utiliza a palavra “contexto”. Levamos a crer que há um entendimento mais amplo do que a do entrevistado “o”. Porém, um contexto relativo a uma determinada pessoa, uma determinada situação.

Relacionamos a palavra contexto à totalidade. Totalidade no sentido amplo, não somente no entendimento de um contexto mais amplo familiar de uma determinada pessoa, mas de uma totalidade, em nosso caso, de natureza ético-política, também. Este entendimento remete-nos a pensar que o entrevistado “e”, vinculado à cooperativa médica, se aproxima um pouco mais do propósito da nossa profissão, mas não vai além. Sua fala tem limitações, que expressam o pensamento corporativo, pois quando refere-se ao assistente social como “aquele profissional que vai entender todo o contexto familiar”, está colocando à esse profissional uma condição de que ele vai conseguir entender todos os problemas e tentar encaminhá-los, eximindo a empresa deste contexto. Há uma certa expectativa colocada nas mãos do profissional, até mesmo na identificação do que é melhor ou não para o usuário quanto a sua qualidade de vida. Quero destacar esta fala, pois, qualidade de vida implica em tomada de decisões que não são resolvidas apenas com um ou outro encaminhamento. Parece que a empresa ou instituição ficam fora do contexto desta qualidade de vida, colocando esta na esfera do individual e não coletivo.

Também não foi identificada nas falas a dimensão da atuação do assistente social em nível de participação mais ampla na implantação, desenvolvimento e avaliação das políticas sociais, e sim aquele profissional que encaminha, ponto.

A ética, vista por esse espectro, difere da ética que vincula a profissão ao “trabalho educativo; do debate coletivo, da participação cívica e política” tratada por Barroco (2008) ou do entendimento de Oliveira (2001) que a coloca na dimensão, também coletiva que envolve

aspectos econômicos e sociais. O encaminhar sugere uma ética do compartilhamento, “ética da responsabilidade”, o que se aproxima mais do entendimento de Sung e Silva (2008). Mas, compartilhar implica em abrir mão da liberdade de escolha, da *autonomia* na tomada de decisões. Essa questão traz para o debate a relação público-privado, onde a autonomia profissional do assistente social fica condicionada ao *encaminhamento*, contribuindo para a lógica da reprodução de que o problema é individual e não coletivo.

A Ética foi identificada pela entrevistada “p” como ponto importante no exercício profissional do assistente social. Ela registra seu sentimento:

[...] eu senti, francamente, a assistente social lutando de uma maneira *ética* pelos meus familiares, exatamente na mudança de Plano, onde houve um ruído na comunicação, onde eu havia mudado o Plano para garantir algumas coisas e agora não garante. Eu tive muitos problemas, mas [...] Não me senti jogada aos leões [...].

Podemos identificar que a ética apresentada pela entrevistada vem a ser para ela fundamental, contudo, a contradição ética se faz presente em termos de requisição profissional, já que nessa perspectiva o trânsito junto aos gestores facilitou o processo de garantia de um direito da servidora em reaver seu Plano. Portanto, há que se analisar a atuação do profissional como “facilitador” no campo dos direitos (grifo nosso), pois essa ação facilitadora pode vir a ser importante para o servidor, mas é extremamente desgastante para o profissional do ponto de vista ético-político, face ao projeto profissional.

Justifico o desgaste, pois a atuação do profissional transita por questões de ordem jurídica, institucional, política, econômica, levando o profissional à condição de *mediador* nesse processo de busca por direitos, exigindo uma atuação que leva a enfrentamentos de cunho ético-políticos.

Na visão da entrevistada “m”, médica perita, o assistente social “ajuda” a “resolver” os problemas dos servidores em relação ao seu cuidado com a saúde.

[...] o Serviço Social sempre fez parte da junta médica, há muitos anos. E a nossa reunião multidisciplinar já faz parte disso. Que todos os servidores que têm algum problema a Junta encaminha para o Serviço Social. Para tudo, para aposentadoria, doença na família. Acho que é

importantíssimo o trabalho do Serviço Social, porque tem até um trabalho do próprio Serviço da DiSS aqui na Universidade. Porque às vezes o servidor adoece por causa da doença do familiar. Então, não é que vai pegar [...] acabou o prazo do atestado de doença na família, ele está pegando para ele cuidar do familiar, é porque ele realmente adoece. E o Serviço Social ajuda muito nessa parte principalmente do familiar doente, ajudando o servidor a ter algum tipo de apoio, ou ensinando algum meio pra cuidar desse parente melhor.[...].

Essas expressões, “Ajudar”, “Cuidar” e “Resolver”, remontam a prática do Serviço Social a uma tendência conservadora vista pela vertente social crítica. Porém, tal prática vem sendo consolidada há anos, o que remete ao não julgamento se é certo ou errado, mas à análise do que está coerente ou não frente ao projeto ético-político-profissional vigente. A prática do cuidar, criando a dependência do usuário em relação ao profissional, deve ser refletida, pois, mesmo sendo elogiada pelo profissional médico, esse elogio pode vir a ser prejudicial ao profissional e ao usuário que passa a ser visto como o “não cidadão”, aquela pessoa que não tem condições de se autodeterminar para resolver seus problemas pessoais e de saúde, por isso, necessita do Serviço Social como o seu “cuidador”. É importante refletirmos a respeito.

Ana Maria de Vasconcelos (2009) explica que:

[...] Os assistentes sociais, reconhecidos pelos usuários como ‘seres humanos’ interessados em ‘AJUDAR’, ao se limitarem à ajuda ou transfigurando o direito em ajuda, a partir de ações como fim em si mesmo e independente dos objetivos almejados, contribuem na reprodução da organização social dominante. (VASCONCELOS, 2009, p. 255).

O assistente social tem como dever e princípio ético a promoção da cidadania, caso contrário, este reproduz a prática da dependência, por conta da fragilidade em seu aporte teórico e pelo contexto contraditório em que se encontra. Essa contradição, ao invés de instigar o profissional à transformação, faz o contrário. Ele nega a realidade contraditória, levando-o à retroalimentar e reforçar a dependência. Essa dependência leva ao empoderamento do profissional frente ao usuário e aos que o cercam.

Entendemos, a partir da autora, que o ato de ajuda⁵⁵ leva o profissional ao conformismo e à reprodução da ordem vigente. Porque conformismo⁵⁶? O ato de conformar-se é proporcionalmente oposto ao ato de transformar-se⁵⁷. E reprodução⁵⁸, significa, voltar o que era antes. No entanto, pela vertente teórica que adotamos para esse estudo, o sujeito deve ser levado, não ao conformismo, mas a luta por direitos, não à dependência, mas à liberdade para tomar suas próprias decisões, mesmo necessitando em algum momento de “ajuda”. Promover a autodeterminação é fundamental para que se tenha a liberdade e a igualdade, em direção à cidadania.

Quanto a demanda dos usuários pelo atendimento na área da saúde, a assistente social “F” contextualiza:

[...] Essas demandas, na minha opinião, tendem a se acentuar, porque os maiores investimentos não estão sendo realizados em políticas públicas que garantam o acesso aos direitos constitucionais e fortalecimento do SUS, conseqüentemente há, cada vez mais, dificuldades (agravamento) de acesso a reais possibilidades de atender as necessidades de saúde desses servidores (saúde do trabalhador). [...] Mesmo os servidores que estão inseridos no Plano de Saúde Suplementar, sabemos que as demandas que nos vêm, normalmente, não são atendidas totalmente, há grandes dificuldades também para os servidores que estão usufruindo desta política. [...] O que se observa é que as demandas que surgem são bastante diversas e, muitas vezes, não há recursos para atendê-las, no sentido de que as mesmas têm relação com essa falta de investimento público.[...].

O atendimento ao usuário, na perspectiva da entrevistada “F”, impõe ao profissional de Serviço Social o conhecimento da rede social existente interna e externamente à Instituição, bem como, atitude

⁵⁵ A palavra *ajuda* significa: “[...] auxílio; favor. A palavra *ajudar*, significa: [...] prestar ajuda a; socorrer; favorecer; facilitar.[...] (FERREIRA, 1986);

⁵⁶ A palavra *conformismo* significa: “[...] sistema de conformar-se com todas as situações”[...]. (FERREIRA, 1986).

⁵⁷ A palavra *transformar* significa: “[...] dar nova forma a; tornar diferente do que era; [...] mudar; alterar; modificar.[...]. (FERREIRA, 1986).

⁵⁸ A palavra *reprodução* significa: “[...] “ato ou efeito de reproduzir”. Reproduzir significa: “produzir de novo; “[...] repetir; perpetuar-se pela geração. (FERREIRA, 1986).

investigativa e competência profissional crítica, o que remonta à capacitação profissional de forma continuada.

A segunda requisição é a *Intermediação* de ações junto à Empresa Cooperada do Plano e à Direção do Departamento de Atenção Social e à Saúde da PRDHS. Esta é referente a situações sociais atendidas, necessitando de negociações com dirigentes superiores para a resolução de situações, como, por exemplo: inadimplência de servidores em situação de dificuldade socioeconômica ocorrida no decorrer do Plano, a inclusão dos servidores recém-pensionistas no Fundo de Extensão Assistencial (FEA) o qual dá direito à isenção de pagamento do Plano por cinco anos, desde que entre com o pedido em 30 dias após o óbito do cônjuge. Os exemplos citados demandaram negociações e revisão de cláusulas contratuais, termo aditivo ao contrato, para situações não previstas anteriormente, alargando direitos.

Referimo-nos ao alargamento de direitos no sentido estrito do termo⁵⁹. Direito social e de saúde, educacional e cultural, de emprego, de lazer, cívico e político, portanto direito à vida. No caso do Plano de Saúde Suplementar, o alargamento de direitos a que nos referimos vem a ser na direção da concepção de saúde ampliada, o que encontra esbarra com dificuldades de ordem estrutural e de concepção de saúde. É preciso termos claro que essa concepção não é alcançada na dimensão em que se encontra, onde a relação capital/trabalho comanda e dá o tom.

A intermediação está aqui colocada enquanto requisição, pois, ela pode ser entendida como condição desencadeadora para o exercício profissional do assistente social podendo levá-lo ao alargamento de direitos. Essa requisição foi identificada pela própria pesquisadora em sua atuação junto ao SASS. Porém, não encontramos na fala dos entrevistados qualquer indicação de tal requisição. É importante ressaltar que a *intermediação* deve ser entendida conjuntamente à terceira requisição identificada como *mediação*. Na primeira sistematização elas aparecem separadas e se tornam interligadas, pois estão carregadas de elementos técnico-operativos, teórico-metodológicos e ético-políticos. Portanto são inseparáveis.

A terceira requisição é a *mediação* que está presente no cotidiano do exercício profissional, junto às relações de poder institucional, à rede de serviços. Tem-se na relação público-privada uma via de tensões que levam a mediações.

⁵⁹ Alargar significa “ampliar”, “desenvolver”, “gastar largamente”. (FERREIRA, 1986).

Quando nos deparamos com questões de ordem jurídica, exigindo atitudes dos Órgãos competentes no trato da revisão e correção de distorções, em termos contratuais e outros (não cobertura de procedimentos, cobranças indevidas, por exemplo), para que os direitos sociais dos servidores não sejam violados, nos deparamos com as mediações do cotidiano.

Pontes (2009) esclarece que

[...] o trabalho com as mediações e nas mediações, conduz à compreensão de que este movimento de dessingularização, universalizador, deve caminhar no sentido da particularização daquelas situações problemáticas. Esta particularização garante a dimensão insuprimível da singularidade e a necessária visão de totalidade social (universalidade), possibilitando ao agente garantir, em tese, tanto as respostas tecnicamente necessárias no plano do imediato (garantindo acesso aos serviços sociais) quanto desdobramentos mais mediatos no plano da conscientização mútua (profissional e usuário-cidadão) e da organização dos segmentos excluídos.[...]. (PONTES, 2009, p. 184).

Concordamos com as considerações do autor, a partir delas podemos compreender de que mediação estamos tratando. A visão de totalidade social implica na visão da universalidade, sendo esta a essência ética do exercício profissional do assistente social nas mediações cotidianas.

O gerente “b” traz a categoria da mediação em sua fala: “[...] a participação do assistente social é fundamental. Eu vejo como elo de ligação. Talvez a palavra mais indicada[...] é a liga, é a cola [...]. A palavra *mediação*, acho que está mais elaborada do que a liga, do que o elo, do que...[...]”.

Observamos que a mediação tratada pelo gerente “b” está relacionada a elo de ligação, entre o profissional e os demais profissionais, assim, o profissional de Serviço Social estaria exercendo a função de “mediador” no sentido de conciliar os conflitos no cotidiano institucional, nas relações entre usuários e Instituição.

O termo mediando, nos conduz a pensar em mediação. Contudo, a mediação de que tratamos não vem a ser a atuação do profissional como mediador, ou “elo” nas relações sociais, pois essa condição leva-nos para um viés conciliatório, podendo não gerar consciência crítica,

apaziguando as relações e não levando a termo conquistas sociais. Essa atitude, dependendo do contexto, pode acarretar alienação.

Sobre mediação, Pontes (2009), nos fala que

Sem a apreensão dos sistemas de mediações, torna-se impossível uma melhor definição teórico-metodológica para o fazer profissional, que pode, neste caso, descambar para ações que necessariamente se restringirão aos limites da demanda institucional.[...]. (PONTES, 2009, p. 172).

O autor sinaliza que

[...] o assistente social é um profissional que *par excellence* atua com e nas mediações. [...] as mediações ontológicas existem independentemente do conhecimento da razão humana, então, mesmo que inconscientemente, os assistentes sociais estarão se emaranhando nas teias mediadoras do tecido social com que lidam.[...]. (PONTES, 2009, p. 179, grifo do autor).

Portanto, a partir dessa perspectiva, entendemos a mediação na dimensão ético-política profissional, que imprime a essa categoria uma dimensão que transcende a ação profissional, pois as teias de que fala o autor, são as múltiplas determinações sociais, econômicas, políticas, culturais, que fazem da realidade uma trama de relações interconexas.

Neste contexto, a área de Serviço Social exerce uma função importante.

A quarta requisição é a *socialização de informações*. Sendo o assistente social um profissional que necessita posicionar-se em meio às intercorrências ideo-políticas e ideo-culturais nas Instituições, cabe a ele exercer funções que visem ultrapassar o repasse de informações aos usuários atendidos com vistas a socializar informações que promovam a reflexão e a crítica construtiva sobre a realidade vivenciada, quanto ao acesso aos direitos sociais. Pensamos ser esta uma atitude ética profissional da maior relevância.

Identificamos essa requisição na fala do sujeito “g”:

[...] Entendo que este processo coloca como requisição ao Serviço Social a necessidade de reflexão junto ao trabalhador sobre aspectos pertinentes a esta política e a realidade concreta da

UFSC, considerando seu entendimento da realidade na qual está inserido,[...] Não cabe ao Serviço Social convencer os trabalhadores da UFSC da necessidade desta política, mas sim refletir com o mesmo sobre a mesma. Esta é uma requisição que está diretamente fundamentada no projeto de profissão que nos orienta. [...] Assim, entendo que uma das requisições é essa; refletir sobre nossa realidade e criar/fortalecer espaços de participação dos trabalhadores, com os quais trabalharemos no cotidiano do exercício profissional.[...].

Essa fala relaciona a reflexão como instrumento que pode levar à participação dos trabalhadores e do assistente social, por meio de seu exercício profissional, mas não deixa claro em qual dimensão seria essa participação. Fica um tanto vago e difícil o entendimento de sua materialização.

Sobre socialização das informações, Miotto (2009, p.502) destaca: “A socialização das informações está pautada no compromisso da garantia do direito à informação, como direito fundamental de cidadania.[...]”.

Trazendo o viés sócio-educativo, concordamos com a autora quando continua afirmando que

[...] o direito à informação não se restringe ao acesso à informação. Ele pressupõe também a compreensão das informações, pois é ela que vai possibilitar seu uso na vida cotidiana. Dessa forma, a informação ou a incorporação da informação pelos sujeitos torna-se um indicador importante de avaliação no processo de construção da autonomia dos indivíduos, dos grupos e das famílias, que é a grande finalidade das ações educativas.[...]. (MIOTTO, 2009, p.503).

A socialização das informações, nas palavras de Gentilli (1998), faz parte do exercício da democracia e da cidadania e, neste sentido, o Serviço Social se faz necessário para que a demanda atendida tenha informações sobre seus direitos:

[...] A comunicação e a informação são de fundamental importância na prática profissional, pois permitem a socialização dos direitos aos usuários, além de assegurar todas as informações

em relação às normas institucionais, aos benefícios, aos trâmites burocráticos e, no mínimo, possibilitar-lhes as condições básicas de discernimento sobre aquela realidade social e institucional em que se encontra vinculado. (GENTILLI, 1998, p. 182).

Identificamos na fala da entrevistada “i” essa requisição:

[...] Acho que é a grande questão, que a gente fale do SiASS, informe o servidor o que é SiASS, quais os direitos deles, como que as coisas vão funcionar? Até uma simples licença médica, como que ela vai ser encaminhada? Eu entendo que é o trabalho do assistente social estar colocando essa comunidade a par do que está acontecendo, mas que ele vá com uma informação, não vendendo uma propaganda do SiASS, porque ele é contraditório, a gente ainda não sabe à que veio.

O entendimento da entrevistada “i”, traz a necessidade de socializar informações aos servidores usuários do SiASS (este não é o foco de nosso estudo). Contudo, a entrevistada não deixou claro em sua fala “o que está acontecendo”. Para socializar informações é preciso clareza e certeza do que informar. As contradições presentes não contribuem muito para tal clareza. Assim, pode vir a ser atribuição do gestor informar e socializar junto aos usuários sobre a política de saúde, a que veio e onde pretende chegar. Pois, essas informações ficam, em muitos casos, nas mãos dos gestores. O assistente social pode contribuir com a socialização de informações no campo dos direitos, desde que tenha acesso à eles.

É importante o posicionamento profissional frente à política de atenção à saúde que está sendo implantada. Como diz a entrevistada, não fazendo propaganda da política, mas entendendo que contradições são essas e como se apresentam, para que a atuação do assistente social seja voltada aos interesses dos servidores usuários.

Há que se zelar pelo exercício profissional do assistente social nesse contexto, pois a roupagem da universalidade apregoada na atual política esconde a essência focalizada e fragmentada traduzidas em normas, regras e ações engessadas pelo sistema operacional. É de fundamental importância o trabalhar por ações interdisciplinares, com a participação de todos os envolvidos no processo. Vejo aqui uma importante requisição para o assistente social.

Esse entendimento nos remete a Iamamoto (2008) quando diz que,

[...] Os assistentes sociais dispõem de um manancial de denúncias sobre violação dos direitos humanos e sociais e, desde que não firam as prescrições éticas do sigilo profissional, podem ser difundidas e repassadas aos órgãos de representação e meios de comunicação, atribuindo-lhes visibilidade pública na defesa dos direitos. Ao nível do trabalho concreto realizado na esfera do Estado, merece atenção a socialização das informações enquanto uma das atividades profissionais exercidas pelo assistente social.[...]. (IAMAMOTO, 2008, p. 427).

Nessa direção, o Serviço Social faz a diferença no contexto no qual os entraves burocráticos administrativos e o desconhecimento dos servidores, quanto aos direitos, principalmente contratuais, pela grande maioria não se aterem às cláusulas, dificultam e, por vezes, impedem avanços no que tange à agilidade ao acesso aos direitos sociais. Neste sentido, o assistente social pode e deve desencadear reflexões críticas junto aos usuários em meio às contradições existentes entre o público e o privado.

A quinta requisição é o *subsídio* aos dirigentes na implantação de políticas sociais, tendo o compromisso ético-político com a demanda atendida no campo dos direitos sociais. Essa requisição está imbricada com a sexta requisição de *assessoria e consultoria*, porém fizemos questão de dar destaque à quinta, considerando a importância que a mesma exerce para a conquista de direitos.

Entendemos subsídio diferente de *assessoria e consultoria*, pois estamos tratando de *subsídio* enquanto requisição cotidiana. A *assessoria e consultoria* tem um caráter mais transitório, porém, não menos importante.

A fala do gerente “b” entende o exercício profissional do assistente social como fundamental:

[...] a participação do Assistente Social é fundamental. [...] Uma das coisas que eu aprendi, desde que o Serviço Social veio compor todo esse departamento, foi a importância (no futebol seria o meio de campo), a distribuição, a importância de passar pelo assistente social as situações, e a forma de encaminhamento [...].

Identifica-se em tal fala a visão do trabalho do assistente social como importante, entretanto como aquele que “subsidiaria” os gerentes nas atividades operativas (encaminhamento, distribuição, ligação, etc.), deixando claro o seu entendimento ainda limitado das atribuições do Serviço Social.

Destacamos a referida fala no sentido de que esse entendimento reflete a visão de muitos gerentes que reconhecem a importância do Serviço Social, porém, naquilo que eles vivenciam na relação com os profissionais. Essa constatação nos remete a pensar que, coletivamente, o entendimento do exercício profissional dos assistentes sociais vem sendo construído com base em uma visão parcial no interior da Instituição. Essa visão é um fato concreto que se supõe estar sendo reforçado por práticas profissionais que se adequam a posturas mais conservadoras e menos críticas, mas também, pode ser consequência do que a entrevistada “F” relata: “[...] O assistente social atende as demandas/necessidades a partir das lacunas existentes nas políticas públicas, ou seja, estará sempre trabalhando com as consequências deste processo[...]”.

Entendemos, nesse contexto, não ser o projeto ético-político profissional do Serviço Social hegemônico entre os profissionais, tendo, estes, posições contrárias. Mas é importante destacar que é o profissional capacitado e competente e que apreendeu os princípios do atual projeto profissional que, frente às adversidades, pode problematizar a realidade das políticas sociais, trabalhando na direção da essência, e não da aparência dos fatos, *subsidiando*, nessa perspectiva, os gerentes nos processos de discussão de planejamento e desenvolvimento das políticas públicas e, além disso, participar ativamente da elaboração das diretrizes ético-políticas que permeiam tais políticas na direção de uma transformação, mesmo que seja em âmbito restrito à Instituição em que está inserido.

É interessante mencionar que a fala dos assistentes sociais de vertente crítica desconstrói a visão parcial da posição de mediador, “coadjuvante” nos processos de planejamento e implantação de políticas públicas, como podemos visualizar na entrevista do sujeito “F”:

[...] A atual política de atenção à saúde, nos moldes da parceria público-privada, traz para o assistente social desafios para o exercício profissional na medida em que este profissional tem que atuar em um contexto contraditório que traz dificuldades de efetivação das políticas

públicas[...] O assistente social tem sua prática permeada pelas questões éticas que envolvem seu exercício profissional no contexto institucional, a partir da defesa e fortalecimento das políticas públicas e do SUS. E acaba atendendo demandas que refletem as lacunas da falta de investimentos nessas políticas no atendimento às reais necessidades de saúde do servidor.[...] Nesse contexto, o assistente social se vê desafiado a fortalecer o exercício profissional nesses novos espaços de inserção. O profissional tem que fazer um movimento contínuo teórico-prático para decifrar a realidade e suas contradições e utilizar-se de estratégias para o seu enfrentamento.[...].

E para reconstruir e fazer a síntese do que venha a ser a atuação do assistente social na relação entre Instituição e os usuários dos serviços, é preciso ter claro a necessidade por capacitação continuada na área do Serviço Social e áreas afins, para que o “subsídio” aos gerentes não fique somente em nível operacional, mas assuma um caráter teórico-metodológico e ético-político.

Quanto a *assessoria e consultoria*: constatamos que há uma “nova” requisição para o assistente social nesse campo, tanto para a demanda atendida quanto para a administração superior da instituição.

Com relação à questão teoria-prática profissional, vale citar a referência de Ana Maria de Vasconcelos (1998), sobre assessoria/consultoria:

Dentre as estratégias possíveis para enfrentar a fratura entre pensar e agir no Serviço Social, indicamos os processos de assessoria/consultoria [...] Realizar assessoria/consultoria para o Serviço Social com o objetivo de pensar a prática significa contrapor a realidade dos espaços profissionais ocupados pelo Serviço Social com a análise, estratégias e ações realizadas no seu enfrentamento, no sentido de uma ação profissional pensada, consciente. (VASCONCELOS, 1998, p. 123-132).

Essa requisição não foi identificada entre os entrevistados, porém foi trazida pela pesquisadora que sentiu em seu cotidiano tal necessidade. No entanto, extraímos a fala de uma assistente social que trata da questão das demandas e a relação com outros profissionais, o

que se conclui que, a partir da preocupação da referida profissional, podemos recorrer a essa requisição. Afirmar ela:

Até o momento, uma das características do trabalho neste setor é a fragmentação dos setores da Universidade que atendem as demandas de saúde do servidor.[...] as demandas que o servidor traz que, muitas vezes, não se findam somente com a atuação do assistente social, as mesmas são muito complexas e envolvem outros profissionais.[...].

O fato de essa requisição não aparecer de forma explícita na fala, principalmente das assistentes sociais, mostra não haver a prática desses em atuar como consultor/assessor.

Acreditamos que essa questão pode estar relacionada, entre outros fatores, à autonomia profissional. O outro fator é a dificuldade em ter-se capacitação voltada a esse objetivo.

A assessoria/consultoria, podendo se constituir em uma requisição para os assistentes sociais na Universidade, exigirá que os mesmos se capacitem, se qualifiquem teoricamente, metodologicamente, ética e politicamente. Caso contrário, a assessoria/consultoria passa a ser uma requisição a ser acessada e não processada pelos próprios profissionais. Ou se for processada, sem qualificação crítica, pode correr o risco de empreender uma assessoria/consultoria descolada da totalidade histórica e, assim, destituída de ética nos termos em que estamos estudando. Consequentemente, a autonomia profissional pode ficar fragilizada.

Reiteramos a fala da entrevistada “g” que destaca a necessidade da autonomia frente aos gestores: “[...] nos colocando na posição de assistentes sociais comprometidos com o desvendamento das novas demandas postas pela realidade tendo *autonomia* frente aos gestores”[...]. A entrevistada continua falando sobre a autonomia profissional, colocando-a como uma requisição profissional: “[...] coloco como requisição necessária ao Serviço Social manter sua autonomia profissional frente à atuação com a Junta Médica Oficial.[...]”.

Iamamoto (2008) afirma, no entanto, que há uma relativa autonomia dos assistentes sociais nos espaços ocupacionais e indica o caminho para seu fortalecimento a partir da qualificação profissional, da categoria profissional organizada e dos trabalhadores, em nosso caso os servidores da Universidade:

Na defesa de sua relativa autonomia, no âmbito dos espaços ocupacionais, o Assistente Social conta com sua qualificação acadêmico-profissional especializada.[...] Na direção de expansão das margens de autonomia profissional no mercado de trabalho, é fundamental o respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão. [...] Esse respaldo político-profissional mostra-se, no cotidiano, como uma importante estratégia de alargamento da relativa autonomia do assistente social, contra a alienação do trabalho assalariado. (IAMAMOTO, 2008, p. 422).

Sobre espaço ocupacional e assessoria/consultoria, Iamamoto (2008) esclarece que:

Os espaços ocupacionais do assistente social têm lugar no Estado – nas esferas do poder executivo, legislativo e judiciário, empresas privadas capitalistas, em organizações da sociedade civil sem fins lucrativos e na assessoria a organizações e movimentos sociais. [...] Nesses espaços ocupacionais esses profissionais realizam assessorias, consultorias e supervisão técnica; contribuem na formulação, gestão e avaliação de políticas, programas e projetos sociais;[...]. (IAMAMOTO, 2008, p. 421).

Em nossa interpretação, os esclarecimentos da autora trazem, em sua essência, a necessidade da autonomia profissional como uma requisição imprescindível para que as demais requisições possam ser apreendidas. Para tanto é necessário que a *ética profissional esteja pautada no projeto ético-político da profissão, o qual coloca a ética na dimensão do coletivo*.

A atual política de atenção à saúde do servidor público federal, por ser nova em sua atual configuração no âmbito das instituições públicas como a UFSC, requer estudá-la. Para tanto, o assistente social tem na *pesquisa* uma nova e sétima requisição importante.

Um dos meios de trabalho do assistente social importante para o desencadeamento reflexivo crítico, num contexto em que ainda não existe produção empírica e científica consistente por parte do Serviço Social, é a pesquisa. Acreditamos ser este um dos caminhos imprescindíveis para que o Serviço Social possa contribuir, de maneira

efetiva, para a discussão sobre a universalidade de direitos no campo da saúde do servidor público federal e dos servidores da UFSC.

Ressaltamos dizer que a pesquisa em si não vem a ser uma “nova” requisição para o assistente social, o que pretendemos esclarecer é que, no âmbito da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social, não há pesquisa qualificada com apoio institucional na área do Serviço Social, sendo este um caminho a ser possível de se efetivar, requerendo do assistente social novas “aquisições” de conhecimento, como o domínio da linguagem empresarial, tecnológica e jurídica, não para reforçar a dimensão empresarial, mas para poder transitar pelas intercorrências ideopolíticas e técnico-operativas com qualidade profissional em defesa dos direitos dos servidores usuários do Plano.

A fala do gerente “a”, do MPOG, expressa seu entendimento sobre a participação do assistente social na produção do conhecimento, quando afirma que:

Temos que valorizar esse profissional (*assistente social*) para que ele possa se integrar na equipe, com o seu olhar, com a sua história, com seu conhecimento, disposto a produzir um outro conhecimento que é fruto dessa inter-relação com outros conhecimentos. Esse é o desafio”[...]. (grifo nosso).

O sujeito “f”, assistente social, entende que :

[...] A atual política de atenção à saúde, nos moldes da parceria público-privada, traz para o assistente social desafios para o exercício profissional na medida em que este profissional tem que atuar em um contexto contraditório que traz dificuldades de efetivação das políticas públicas(...) Nesse contexto, o assistente social se vê desafiado a fortalecer o exercício profissional nesses novos espaços de inserção. O profissional tem que fazer um movimento contínuo teórico-prático para decifrar a realidade e suas contradições e utilizar-se de estratégias para o seu enfrentamento.[...].

Podemos dizer que uma das estratégias de enfrentamento, no dizer da entrevistada “f”, possa ser o campo da pesquisa. Com argumentos técnico-científicos poderemos “enfrentar” com mais

competência e qualidade os desafios ético-políticos da profissão frente à realidade neoliberal vigente.

Nessa direção, Maria Lúcia Martinelli (2007, p.29) enfatiza a importância da pesquisa para o fortalecimento teórico-prático do Serviço Social:

[...] Se queremos qualificar a intervenção, temos de fortalecer a produção teórica do conhecimento em Serviço Social, pela mediação da pesquisa, condição indispensável para subsidiar construção de saberes comprometidos com a qualidade do exercício profissional. É preciso, portanto, qualificar o conhecimento para qualificar a intervenção.[...] Realizar a pesquisa a partir da prática; [...] trabalhar a partir de uma proximidade crítica com os sujeitos.[...].

Foi a partir da experiência concreta no cotidiano profissional, que temos a clareza da importância da pesquisa como mediação necessária ao exercício profissional qualificado.

A inserção do assistente social nas esferas gerenciais traz a requisição por capacitação como gestor, além de suas atribuições e competências específicas:

A oitava requisição é a *participação em cursos de capacitação gerencial*. A atuação em nível gerencial exige outros aportes de conhecimento que o assistente social não os possui em sua formação, em nível de graduação. Entendo que é possível atuar como gerência sem perder o propósito profissional de defesa dos direitos dos cidadãos. Depende da postura ético-política a ser adotada. E aqui é que há um dilema de cunho ético-político: servimos a quem, à Instituição ou aos usuários? Abandonar o campo das adversidades e atuar somente no campo da crítica, implica, por sua vez, distanciar-se do processo de discussão em nível decisório.

Essa requisição não foi trazida por nenhum entrevistado, porém ela foi constatada pela própria pesquisadora que vivenciou tal necessidade.

Fundamentamos tal requisição, pois, independente da capacitação profissional específica do Serviço Social, outros aportes são necessários em nível gerencial para que possam agregar valor aos conhecimentos específicos da profissão. Contudo, a capacitação gerencial deve ser vista, em termos de conhecimento agregado e não superior, ao conhecimento teórico-metodológico e ético-político da profissão.

A referida requisição é desafiadora do ponto de vista ético, uma vez que tem a contradição presente entre estar se capacitando para os objetivos institucionais com vistas aos objetivos sociais voltados à garantia de direitos. Nesse sentido há aqueles que consideram não ser possível tal conciliação face ao projeto ético-político da profissão.

Nossa experiência demonstra que é possível transitar pelas funções de gerência, desde que seja uma gerência direcionada à implementação de políticas sociais universalizadas, de inclusão, por coerência ético-política profissional.

A nona requisição é a *participação em fóruns de discussão política*, acerca da temática e em atividades acadêmicas como Cursos, Congressos e Simpósios na área temática.

Essa requisição é inerente a todas as profissões que atuam na área social, portanto, constitui para o exercício profissional competente condição primordial para o seu fazer profissional.

Identificamo-la na fala da entrevistada “i”:

[...] Nós estamos sempre a par das discussões. Temos apresentado, sistematizado nosso trabalho, apresentando-o em eventos do SiASS, tentando garantir que assistentes sociais participem. Inclusive, a primeira vez que foi dada a oportunidade de participação de uma assistente social num evento em Brasília nós levamos Banners. Foi de lá que se abriu mais espaço para o Serviço Social participar.[...].

É claro que essa requisição exige um esforço dos profissionais que, muitas vezes, não estão preparados para discussões teóricas, como questiona a entrevistada “i”: “Os assistentes sociais vem se preparando no sentido de estar estudando o que é promoção em saúde, o que é prevenção, o que é saúde? De estar sistematizando os trabalhos já existentes?[...]”.

Portanto, não é somente participar de fóruns, eventos, cursos, é estar preparado para essas participações de forma crítica e ética.

Constatamos, também, ser a décima e última requisição a *interpretação técnica interdisciplinar e inter-institucional*:

Essa requisição impõe ao profissional de Serviço Social, em reuniões com gestores da iniciativa privada, a ampliação do seu arcabouço de conhecimentos, propiciando a linguagem tecnológica, administrativa e empresarial mais adequada às exigências do trabalho em contato com profissionais de diferentes áreas.

Tal requisição não aparece nas falas dos entrevistados, em especial as assistentes sociais. Quando as mesmas se referem à linguagem técnica, estão referindo-se à linguagem técnica específica da profissão.

Todavia, podemos assegurar que o domínio da linguagem tecnológica, administrativa e empresarial qualifica na conquista pelo espaço profissional, quer ele esteja em nível de gerência ou não.

Assim, as requisições para o assistente social no contexto neoliberal vêm trazendo demandas que impõem ao profissional posturas críticas, porém, posturas que, por meio do confronto radical, por discordâncias ideo-políticas, corre-se o risco de que o espaço profissional conquistado seja ocupado por outras categorias, como o administrador, o psicólogo organizacional, ou o profissional de direito.

Nessa direção, Raichelis (1996) levanta uma questão importante sobre tal requisição, trazendo-a como novas demandas ao Serviço Social:

Sabemos que a área de Serviço Social nas empresas tem sofrido um grande impacto com as mudanças que atingem os processos de trabalho, e que colocam também novas demandas de trabalho no âmbito socioeducacional, envolvendo a participação dos trabalhadores etc. No entanto, aquilo que alguns estão entendendo como perda de espaço dos assistentes sociais nas empresas pode estar significando a substituição das funções tradicionais por novas atribuições que, inclusive, precisam ser disputadas com profissionais de outras áreas. E se não conseguirmos acompanhar este processo, produzindo novas reflexões e propostas, se os assistentes sociais não se capacitarem, não se reciclarem, realmente podem ser excluídos e haver uma perda de mercado com graves conseqüências para a profissão. (RAICHELIS, 1996, p. 61).

O que queremos refletir é que essas demandas e requisições empresariais estão vindo para o setor público, trazendo para os assistentes sociais o desafio de processá-las à luz do aporte teórico crítico e do projeto ético-político profissional, transformando requisições antigas em requisições “novas”, revisitadas nessa nova configuração público-privada.

Este é o “nó” que precisamos desmanchar, ou conviver com ele até que nos qualifiquemos para os enfrentamentos dessa realidade.

As assistentes sociais entrevistadas, trazem em suas falas essa preocupação, e registram duas “requisições” que já havíamos levantado em nosso estudo, no bojo das análises, assim identificadas:

- a) autonomia;
- b) capacitação continuada.

Entendemos que a primeira faz parte da socialização de informações, porém a supera quanto a sua finalidade: liberdade de ação. A segunda está intimamente ligada à competência e qualificação profissional para que a autonomia seja garantida na direção da luta pelos direitos sociais.

A autonomia é mediada pela “Capacitação” e vice-versa. Ambas precisam de um componente ético para se desenvolverem. A primeira necessita da ética-política e a segunda da ética-profissional e vice-versa. Ambas são faces da mesma moeda, assim como o público e o privado, o individual e o coletivo. Pois, capacitamo-nos para ter autonomia, mas autonomia para quem? Para que? Em termos de ética pública, diríamos que ambas precisam estar voltadas, acima de tudo, à ética do compromisso com o coletivo, com o universal.

Contudo, as falas dos sujeitos trazem a autonomia e a capacitação continuada como “requisições profissionais”. Porém, constatamos que essas não são “requisições” são *atribuições e competências* no que se refere aos direitos do assistente social, e estão inscritas nos parâmetros para a atuação de assistente sociais na Política de Saúde, a saber:

A atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no código de ética profissional e na lei de regulamentação da profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos dos assistentes sociais, o artigo 2º do Código de ética assegura: [...] f) Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste código; h) Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; [...]. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 32).

Porém, para as assistentes sociais essas competências e atribuições assumem o caráter de “requisições”, o que chama bastante a atenção. Requisições são elementos que, na sua maioria, vem de fora para dentro da atuação profissional (podem vir dos usuários, da gestão local do contexto econômico e social vigente, da política governamental, neste caso pode vir de cima para baixo, etc.). Portanto, nessa esteira, a autonomia, quanto à capacitação profissional, se forem vistas como requisições poderão servir aos interesses institucionais em detrimento da garantia de direitos sociais aos usuários das políticas. Há que se aprofundar e não confundir requisições com atribuições e competências profissionais.

Os parâmetros impostos pelo contexto neoliberal, vêm exigindo do assistente social atitude ético-política, atuando, sempre que possível, nos espaços políticos de discussão, nos fóruns e debates acerca do tema, devendo ultrapassar os muros institucionais, bem como dentro da instituição junto aos órgãos superiores da administração e junto às representações dos servidores (sindicatos e associações).

Portanto, a “autonomia” e a “capacitação continuada” são prerrogativas do exercício profissional. Dois elementos que confrontam-se com os limites institucionais, mas que precisam estar sempre presentes na luta cotidiana dos assistentes sociais para que as práticas profissionais e as “novas” requisições não se reduzam a práticas ativistas e acríticas, contrárias ao projeto ético-político profissional.

As 10 requisições identificadas encontram-se no mesmo contexto público-privado e são afetadas por múltiplas determinações sociais, políticas, ideológicas e éticas. Destaco aqui a dimensão da totalidade e da contradição.

4.3.2 As implicações éticas para o exercício profissional

Dentre os autores que trabalham com a ética no campo do Serviço Social, optamos pela concepção definida por Maria Lúcia Silva Barroco (2008). Para a autora:

[...] a ética é definida como uma capacidade humana posta pela atividade vital do ser social; a capacidade de agir conscientemente com base em escolha de valor, projetar finalidades de valor e objetivá-las concretamente na vida social, isto é, ser livre.[...]. (BARROCO, 2008, p. 19).

A autora elucida a universalidade e a ética profissional do assistente social. Segundo ela:

[...] os valores universais se objetivam eticamente mediante princípios e normas abstratas que se concretizam sob formas e significados históricos diversos. [...] tais modos de ser são o conteúdo concreto da ética profissional, donde a importância da reflexão ética que desvela o significado e fundação dos valores universais, e da discussão coletiva que elege os princípios, valores e normas orientadoras da ética profissional e define estratégias coletivas para sua concretização. Percebemos, assim, a complexidade da ética profissional, o que impede de tratá-la apenas em sua formalização, no Código de Ética; no campo da ética não é possível se eximir de escolhas e de responsabilidades, daí a importância do trabalho educativo, do debate coletivo, da participação cívica e política que vincula a profissão à sociedade e exercita os profissionais para uma vivência comprometida com escolhas de valor. O eixo condutor da exposição é o processo contraditório de afirmação e negação da liberdade, base fundante da construção histórica de uma moralidade crítica profissional pautada no compromisso com valores ético-políticos emancipatórios. (BARROCO, 2008, p.18-19).

As considerações da autora trazem significados profundos para refletirmos sobre as parcerias público-privadas, do ponto de vista ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo. Tais reflexões exigem um conhecimento qualificado do profissional, nessas três dimensões, desafiando-o eticamente.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS):

A revisão do Código de Ética Profissional partiu da compreensão de que a ética deve ter como suporte uma ontologia do ser social: os valores são determinações da prática social, resultantes da atividade criadora tipificada no processo de trabalho. [...] Cabe pensar a ética como pressuposto teórico-político que remete para o enfrentamento das contradições postas à profissão, a partir de uma visão crítica, e fundamentada

teoricamente, das derivações ético-políticas do agir profissional. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1993).

Encontramos elementos do Código de Ética da profissão presentes na fala das assistentes sociais, conforme registrado a seguir:

De acordo com a entrevistada “g”:

[...] Teremos que sentir essas demandas localizando-as a partir da nossa realidade concreta, respaldados pelo projeto ético-político profissional do Serviço Social fortalecendo e reafirmando seus princípios e valores [...] temos que manter as exigências legais da profissão que, éticamente, por exemplo, proíbem ao profissional atuar como perito em situações de servidores que acompanhamos. Creio que temos o desafio de mantermos nossa autonomia frente a atuação na Equipe de Saúde, tendo como respaldo a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética do Assistente Social.[...].

Na mesma direção, a entrevistada “f” aponta que:

É um processo difícil e o exercício profissional do assistente social precisa ser fortalecido a partir do projeto ético-político da profissão. O assistente social tem o constante desafio de fortalecer suas atribuições, seus preceitos éticos e todo o arcabouço profissional, tem que levar esses aspectos para o trabalho na equipe do Serviço Social, na equipe multiprofissional e com os servidores.[...].

A entrevistada “i” analisa a perspectiva ético-profissional na dimensão público-privada:

[...] Porque uma coisa é o Assistente Social trabalhar alinhado com a saúde do trabalhador dentro dessa perspectiva teórica, que eu entendo que está até mais alinhado com todo nosso código de ética, com toda a proposta da nossa profissão, outra coisa é eu trabalhar a saúde do trabalhador, ligado ao gestor. Gestor é um termo que é de outra perspectiva [...].

Na fala da entrevistada “h”, não há a palavra ética contida, porém, a essência de sua fala expressa uma preocupação ética por parte do governo em relação à saúde do trabalhador:

[...] Eu acho que é importante, no SiASS, o governo nos reconhecer enquanto trabalhadores, que ele é responsável também pela nossa saúde, ele que tem que prezar pela saúde dos seus trabalhadores[...].

Constatamos que há o entendimento e a preocupação por parte das profissionais entrevistadas em considerar como relevante os preceitos éticos da profissão. Porém, o que chamou a atenção é que, em somente duas falas aparece o projeto ético-político, o que denota uma fragilidade de entendimento sobre a diferenciação entre código de ética e projeto ético-político profissional.

É importante ressaltar que o assistente social, enquanto servidor público federal também é regido pelo Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal – Lei nº 1.171, de 22 de junho de 1994. O que traz implicações éticas ao exercício profissional do assistente social no que se refere a cumprir determinações legais e jurídicas de caráter institucional. Podemos citar o artigo décimo, como exemplo:

[...] Deixar o servidor público qualquer pessoa à espera de solução que compete ao setor em que exerça suas funções, permitindo a formação de longas filas, ou qualquer outra espécie de atraso na prestação do serviço, não caracteriza apenas atitude contra a ética ou ato de desumanidade, mas principalmente grave dano moral aos usuários dos serviços públicos.[...]

Do ponto de vista ético, os deveres e obrigações devem seguir o código de ética do servidor público federal, porém, a nosso ver, tais condutas não devem perder de vista os deveres e obrigações constantes no código de ética profissional do assistente social, tendo a perspectiva da totalidade como parâmetro ético.

No dizer da entrevistada “g”, assistente social, “[...] a atuação do mercado na oferta da saúde suplementar está gerida pela lógica do mercado em que tem acesso à saúde aqueles afortunados que tiverem condições de pagá-la.[...]”.

No entanto, a entrevistada “h”, assistente social, entende que “[...] o SUS não dá conta de atender, então se criou uma forma de esses servidores terem um acesso mais facilitado da questão de saúde [...]”.

Há que se distinguir teoricamente as duas falas. A primeira expressa a contradição capital/trabalho, questionando a lógica de mercado, e pontuando a questão de classes sociais, o que nos remete a identificá-la com o pensamento social crítico. Já a segunda fala traz elementos que se distanciam do pensamento social crítico, aproximando-se de um neo-conservadorismo, entendendo a relação público-privada como uma alternativa de acesso mais facilitado à saúde para os servidores, colocando em xeque a política universal de saúde na configuração que se encontra atualmente.

A categoria contradição está presente na realidade e em relação à visão de mundo e, conseqüentemente, à postura profissional dos assistentes sociais dentro do mesmo ambiente de trabalho. Portanto, a política público-privada vigente traz contradições e implicações éticas para o exercício profissional referente à atuação junto aos usuários. Também reflete na relação profissional dos assistentes sociais que atuam no mesmo espaço de trabalho, colocando à prova o exercício profissional frente ao projeto ético-político-profissional.

Conviver com as diferenças é constituinte das relações democráticas, o que não deve ocorrer, a meu ver, é ferir o constante no código de ética profissional e o projeto ético-político vigente, pois esses são balisadores das ações profissionais, acima de qualquer juízo de valor que cada profissional tenha a respeito do conteúdo valorativo dos mesmos.

Porém, é importante registrar que o projeto ético-político que embasa o atual código de ética profissional não vem a ser um consenso entre a categoria profissional. Há que se pensar sobre a hegemonia e o consenso. Mas a essa questão cabe outro estudo mais específico.

Visto pela ótica neoliberal vigente, todos os princípios fundamentais da profissão, contidos no código de ética profissional, são desafiadores para o exercício profissional, constituindo-se em desafios e contradições cotidianos. Porém, entendemos que o mais desafiador vem a ser a opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero. Esse princípio está intimamente relacionado ao projeto ético-político da profissão.

Portanto, este vem a ser o maior desafio ético. Justificamos o porquê da nossa afirmação. Exercer uma ética social baseada nos

princípios de construção de uma nova ordem societária não é uma atribuição exclusiva do assistente social, pois, mais do que um projeto ético-político profissional, este princípio ultrapassa a mera disposição do profissional em seu cotidiano de trabalho frente às adversidades diárias. Vem a ser uma postura ético-política e ideológica e, porque não dizer, uma opção de vida.

Acreditamos ser, portanto, este um dos maiores desafios éticos para o profissional. Partindo deste pressuposto, a ética social é um processo de consciência que passa pela superestrutura, como diria Gramsci (2004), não sendo, assim, exclusivo do assistente social tal proposta.

E, em termos de projeto ético-político da profissão, é este o que impõe ao profissional o desafio que, pensamos, estar além das possibilidades de uma única categoria alcançá-lo. A mudança do projeto societário vem ser a requisição profissional mais desafiadora do ponto de vista ético-político e de todos os profissionais que acreditam ser esta a possibilidade de mudança para uma sociedade mais justa e igualitária.

Diante disto, temos um grande desafio que está presente no dia a dia, no cotidiano de muitos profissionais. Destacamos aqui os profissionais com visão crítica da realidade, porém ainda distantes da totalidade desejada, que atuam com a consciência, de que estão em meio às adversidades, tentando construir a sua prática profissional de forma consciente e madura, em meio à conjuntura neoliberal, trabalhando na contramão da reforma do Estado e, portanto, da reprodução capitalista, mecanicista e mercantilista, por dentro das políticas vigentes, se é que isso é possível. Contudo, a realidade que se apresenta leva-nos ao pensamento de Iamamoto (2008):

Na análise da profissão, [...] o Serviço Social defrontou-se com os processos sociais macroscópicos que circunscrevem seu desempenho, sendo necessário agora realizar a “viagem de retorno à profissão” para reconstruí-la nas suas múltiplas relações e determinações como “concreto pensado”. (IAMAMOTO, 2008, p.240).

Logo, não podemos perder de vista que os pressupostos éticos profissionais presentes em nosso código de ética balizam a ação profissional, entretanto, o projeto-ético-político profissional não se restringe ao código de ética, ele vai além. Tal projeto, no contexto em estudo, impõe ao profissional um constante estado de vigilância para que os objetivos que perpassam os interesses privativos (corporativos)

não fiquem acima do principal objetivo do Serviço Social em uma instituição pública, a de zelar pelos interesses coletivos e públicos.

Entendemos que a reconstrução da profissão, esse retorno que Iamamoto (2008) sinaliza, venha a ser, em nosso campo de atuação, a possibilidade de trabalhar com as políticas vigentes de forma competente, crítica e apontando para a garantia de direitos na ótica da transformação social, que se faz com elementos teórico-metodológicos, técnico-operacionais e ético-políticos no dia a dia, na participação junto aos movimentos societários. Pois o Serviço Social consiste no processo de construção, desconstrução e reconstrução, a partir das múltiplas determinações das relações sociais, imprimindo ao exercício profissional uma postura crítico-dialética constante.

Assim, as implicações éticas, para quem atua entre o público e o privado, entre a focalização e a universalização de direitos, passa pela consciência de que se vive em uma constante contradição. A busca da verdadeira essência da ética pública, a partir de nossos princípios profissionais, esbarra em contradições. Na verdade, há uma aparência ética que, pensamos exercê-la em nosso cotidiano, com bases nos princípios constitutivos da profissão, na direção da transformação social. Porém, na verdade, exercemos uma pseudo-ética, uma “pseudoconcreticidade”, como diria Kosik (1976), para colocar a ética na perspectiva materialista da história.

Fica um questionamento que precisamos aprofundar: diante desta realidade neoliberal, como não produzir no cotidiano a reprodução capitalista? A luta por uma nova ordem societária não é exclusiva do assistente social, contudo, é o assistente social que se depara cotidianamente com as expressões da questão social advindas do “capitalismo monopolista”, parafraseando José Paulo Netto (2006), e do regime neoliberal.

Como lembra o autor,

[...] Está claro que as estratégias (de classes) implementadas pelo Estado burguês no capitalismo monopolista envolvem diferencialmente as perspectivas ‘público’ e ‘privada’ do enfrentamento das seqüelas da ‘questão social’. [...] ‘A experiência histórica revela, contudo, que não temos invariavelmente uma seqüência regular, antes se configurando situações complexas: a perspectiva ‘privada’ pode ganhar destaque em fases de crescimento, quando não há políticas sociais setoriais suficientemente articuladas ou ainda quando suas potencialidades

coesivas não se mostram com um mínimo de eficácia; alternativamente, a perspectiva ‘pública’ pode manter-se dominante em fases de conjunturas críticas, quando a intercorrência de agudas refrações da questão social com rápidos processos de mobilização e organização sócio-política das classes subalternas sinaliza possibilidades de ruptura de ordem burguesa. (NETTO, 2006, p. 37).

Netto (2006, p. 37), revela a importância dos processos de mobilização e organização da classe trabalhadora, que podem ocorrer quando há “intercorrência de agudas refrações da questão social”, ou seja, em situações de crise a estratégia de enfrentamento à ordem vigente é a mobilização e organização. Essa condição foi constatada na fala da entrevistada “F”: “[...] O governo federal tem dito que é um processo extremamente participativo dos servidores que atuam na atenção a saúde do servidor. Nesse sentido, em grande parte a participação tem estado focada nos gestores.[...] Então, ela surge determinada.[...]”.

Deste modo, a ética pode ser entendida no exercício profissional como um aporte filosófico e prático. Para dar conta das “novas” requisições profissionais e da vida. Nesta direção, é necessário que o assistente social se qualifique para a profissão, mas, sobretudo, deve ir além dos processos técnico-operativos, o que exige na perspectiva da ética que estamos propondo, uma atitude de desacomodar-se e participar na construção de uma nova visão de mundo.

Esse é um desafio para os profissionais que estão nos seus gabinetes intra-muros das instituições. Exige mais que qualificação profissional, exige o “despir-se” de preconceitos e valores morais que dificulta o exercício profissional na direção do coletivo e da transformação da realidade.

Significa trazermos para a análise as categorias da contradição e da ética como categorias de fundo para refletirmos tal política e suas implicações para o exercício profissional do assistente social na dimensão do público-privado.

Portanto, nessa perspectiva, as implicações éticas para o assistente social frente à política atual, vem a ser de caráter ético-político, acima de tudo. Somente com o amadurecimento teórico baseado em aportes críticos os profissionais terão sua intervenção mais

fortalecida, podendo assumir a ética verdadeiramente pública e universal.

5 CONCLUSÕES

Durante todo o processo do trabalho, houve a preocupação de estudar as contradições e os desafios éticos que influenciam o exercício profissional do assistente social, na direção de uma prática transformadora, tendo como fonte de investigação os depoimentos trazidos pelos sujeitos sociais: gerentes, sindicatos, perito médico, servidores e, especialmente, as assistentes sociais que atuam na política de atenção à saúde do servidor da UFSC.

O trabalho final de análise, ou seja, a síntese, pretendeu ser o resultado do confronto da teoria utilizada para a compreensão das implicações éticas para no exercício profissional do assistente social a partir do modelo público/privado, de nossa visão teórica sobre a questão, da experiência acumulada em nossa prática profissional e da análise dos dados colhidos na pesquisa de campo.

Este momento exigiu-nos trazer ao leitor algumas constatações, descobertas e conclusões. Enfatizamos que tivemos, como princípio balizador, a concepção de que a realidade é dinâmica e passível de transformação. Portanto, não pretendemos encontrar respostas e soluções acabadas para as questões apresentadas, nem temos a pretensão de torná-las verdades absolutas, pois, senão, seríamos contraditórios em relação à teoria crítico-dialética, a qual considera que o importante não é saber o que está certo ou errado, mas sim, considerar as diferenças, isto é, a unidade na diversidade.

Por conseguinte, pretendemos apenas trazer a realidade em tela, problematizá-la e tecer conclusões, ou melhor, *aproximações conclusivas*, que possam iluminar os caminhos para o conhecimento das implicações éticas para o exercício profissional do assistente social, com base nas contradições presentes na atual política de atenção à saúde do servidor público federal, objetivando indicar os desafios existentes e os que estão por vir.

Também, acreditamos que esse material poderá fornecer elementos importantes para o investimento em novos estudos sobre a presente temática, o que caracteriza um movimento intelectual em processo como é o próprio Serviço Social.

Apontaremos, assim, alguns elementos para reflexão e análise dos leitores:

Diante da perspectiva da mundialização do capital, revelando um processo de reestruturação econômica, que implica difundir a cultura da

transnacionalização do mercado, vemos que a prática profissional do assistente social não está descolada desse contexto mais amplo. Muito pelo contrário, ela recebe os reflexos de tal contexto em seu cotidiano de trabalho quando é solicitada a atuar em meio a políticas público-privadas.

A entrevistada “g” expressa essa questão:

[...] Estas contradições são reflexos de uma *totalidade*, onde a política que se estruturou de governo, foi engendrada a partir dos próprios organismos internacionais que nos impõem algumas políticas de caráter extremamente privatizantes.[...].

Entendemos que, no âmbito das políticas de saúde, as propostas dos organismos internacionais vêm servindo para mercantilizar a saúde e torná-la refém do complexo médico industrial e dos processos privatizantes.

A lógica do mercado rege a vida dos cidadãos, até mesmo no que se refere às necessidades de atenção básica à saúde, preceito constitucional e de direito humano. Logo, cabe ressaltar que o financiamento de planos de saúde para os servidores públicos federais, com recursos públicos, encontra resistência em setores que defendem o SUS como sistema de saúde universal para todos os brasileiros.

Nessa direção, Ligia Bahia (2002)⁶⁰ enfatiza que

[...] o exemplo mais ‘acabado’ da financeirização na saúde é o das parcerias público-privadas. Trata-se de uma parceria com entidades privadas não só na gestão como na construção e na operação. É o que acontece nas estradas, por exemplo, em que há uma concessão do poder público para uma entidade privada, por longos períodos. A entidade investe na construção e na conservação da estrada, conserva e cobra pedágios. Imagine transpor isso para a saúde. (BAHIA, 2002, p. 71).

O exemplo de Bahia (2002) já foi transportado para a saúde e traz implicações éticas e políticas de grande impacto para a população, transformando o que é de direito em concessão.

O estudo demonstrou que temos uma contradição, do ponto de vista ético-político: investimento público no setor privado x

⁶⁰ Artigo disponível em: www.sissaude.com.br

universalização de direitos que, na visão neoliberal são passados como prática equânime e prática democrática com a participação da sociedade civil. Ou seja, prática equânime e prática democrática diferem de igualdade e liberdade. Estes, sim, são elementos constitutivos da universalidade, do ponto de vista de uma ética-política voltada para todos. A prática democrática só será, verdadeiramente, democrática se for entendida sob a ótica da liberdade e da igualdade.

Tal lógica traz elementos para analisarmos o exercício profissional do assistente social, sob o ponto de vista ético e político. Nessa perspectiva, considerando o contexto contraditório entre público e privado, as demandas para a profissão são colocadas e, com elas, desafios que exigem a construção, a desconstrução e a reconstrução de “novas” competências profissionais. As referidas competências são de ordem teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política na medida em que novas relações de trabalho se fazem presentes, colocando o profissional de Serviço Social junto com outras categorias profissionais, a mediar os conflitos na garantia dos direitos sociais em prol dos usuários dos serviços, em nosso caso a saúde.

A atual política de atenção à saúde do servidor público federal, identificada como política focalizada, reforça a segmentação das classes sociais no acesso aos direitos. Chegamos a essa conclusão a partir das reflexões teóricas trazidas pelos autores: Draibe (1990), Bravo e Matos (2008), Faleiros (1991), Pereira (2008) e Mota (2008).

Contraditoriamente a essa conclusão, constatamos, do ponto de vista do pensamento liberal, que o Estado tem demonstrado dificuldades quanto às condições técnicas e orçamentárias para gerenciar a política de saúde, de qualidade, necessitando de parcerias com a iniciativa privada e incentivando a livre concorrência do mercado, buscando não a igualdade entre as classes, mas a equidade social proposta pelo Banco Mundial.

Essa constatação foi identificada, principalmente, nas afirmações de Bresser Pereira (1999) e nas recomendações do Banco Mundial para a Política de Saúde.

A partir de tais afirmações, podemos concluir que o discurso liberal, de que o Estado tem dificuldades técnicas e orçamentárias para gerenciar a política de saúde, é um argumento para manter o Estado mínimo para as políticas públicas e máximo para as políticas privatizantes. O que significa o não investimento em políticas públicas que deem conta das demandas diversificadas, necessitando de parcerias com a sociedade civil.

No entanto, a entrevistada “f” diz o seguinte: [...] “O que se observa é que as demandas que surgem são bastante diversas e, muitas vezes, não há recursos para atendê-las, no sentido de que as mesmas têm relação com essa falta de investimento público” [...].

Assim, podemos afirmar que a atual política de saúde do servidor público federal vem sendo, cada vez mais, voltada às parcerias público-privadas, na lógica vigente do modelo econômico capitalista.

Diríamos que as contradições e os desafios éticos que se encontram presentes nas “novas” requisições estão relacionados com a dimensão público-privada, o que remete o profissional a optar por um exercício voltado ao coletivo, à universalização, à igualdade e à garantia dos direitos sociais. Porém, há contradições presentes nas antinomias, pois o individual e o coletivo, a focalização e a universalização, a igualdade e a equidade, o social e o econômico estão imersos na mesma ordem societária capitalista, o que nos traz desafios do ponto de vista ético.

Como mencionamos na seção que trata das requisições profissionais junto ao plano de saúde suplementar, podemos destacar que as requisições mais presentes na lógica público-privada são as voltadas à atuação gerencial, pois exigem do profissional funções executivas, para não dizer administrativas, na implementação de políticas sociais. Essa requisição foi tratada por Netto (2006, p. 80-81): “[...] Entre os novos atores, contam-se os assistentes sociais: a eles se alocam funções executivas na implementação de políticas sociais setoriais, com o enfrentamento (através de mediações institucionais-organizativas) de problemas sociais” [...].

Com base em Netto (2006), podemos concluir que as mediações institucionais-organizativas aparecem e, com elas, o risco de os profissionais serem cooptados por projetos sócio-políticos diferentes do que preconiza o projeto ético-político profissional. Tal possibilidade pode constituir-se em um divisor de águas para o exercício profissional. A ponte que aproxima essas águas são as mediações, mas não as mediações que alienam, e sim as que libertam para uma autonomia menos relativa, podendo ser alcançada e fortalecida por meio da capacitação profissional crítica, de forma continuada.

Observamos, junto aos entrevistados e ao aporte teórico, que as contradições identificadas trazem um problema de ordem atitudinal por parte do profissional, frente à estrutura e à superestrutura vigentes.

Nesse sentido, confirmamos ser a “autonomia”, em relação à hegemonia do poder, a mais relevante atribuição e competência

profissional e a que permite a realização de mediações que possam ser trabalhadas na direção da transformação da realidade. A autonomia foi enfatizada na fala dos assistentes sociais e identificada nos “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde” do Conselho Federal de Serviço Social (2010).

A busca pela autonomia é o ponto de partida e o ponto de chegada para que possamos enfrentar as contradições de que estamos tratando e fortalecer o exercício profissional, contudo, queremos salientar que [...]“autonomia” deriva dos termos gregos *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade, lei, norma). Tem significados distintos, como autogoverno, direitos de liberdade, intimidade, eleição individual, livre vontade, eleger o próprio comportamento e ser dono de si mesmo. (FORTES; ZOBOLI, 2009, p.26).

Assim, abre-se outro debate acerca de que autonomia o Serviço Social tanto almeja. A autonomia de autogovernar-se? Da livre vontade? De ser dono de si? Mas para quê? E para quem? Para atuar junto aos usuários como aquele que zela pelos direitos do indivíduo ou do coletivo?

Chegamos à conclusão de que o exercício profissional na direção da ética e da liberdade deve lutar por essa autonomia, mas não pela autonomia autofágica, para si e em si, mas por uma autonomia coletiva (profissionais e usuários). Pois o que vemos é o usuário dependente, cada vez mais, das políticas focalizadas, preso na relação contraditória capital/trabalho, sucumbindo à dependência em detrimento da autodeterminação, passando de sujeito de direitos a usuário e consumidor.

Alguns profissionais reforçam essa dependência do sujeito em “práticas de ajuda”, como diz Netto (2006):

A profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à ‘evolução da ajuda’, à ‘racionalização da filantropia’ nem à ‘organização da caridade’; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica. É só então que a atividade dos agentes do Serviço Social pode receber, pública e socialmente, um caráter profissional.[...] (NETTO, 2006, p. 73-79)

Na direção do que indica Netto (2006), percebemos, a partir das entrevistas com os servidores, um desconhecimento do que vem a ser as atribuições do assistente social, do ponto de vista político, sendo atribuído ao exercício profissional um caráter de ajuda, de suporte, de

assistência a situações imediatas, com viés psicologizante, em algumas falas.

Também identificamos que há um déficit no aporte teórico adotado por alguns profissionais, traduzindo-se em fragilidade teórico-política que tende somente a reforçar práticas conservadoras e imediatizadas, dificultando ações mais totalizantes que propiciem a passagem do imediato para práticas mais transformadoras.

Ressaltamos que temos, nesta discussão, a *contradição* da antinomia público-privado, colocando a questão da universalização de direitos sociais em situação vulnerável, reforçando a divisão de classes e distanciando-se da ótica da transformação. Neste aspecto, a política de saúde e o exercício profissional do assistente social, no caso do serviço público, ainda não alcançaram um patamar de transformação da realidade social vivida, sobretudo quanto à forma de materialização com vistas à universalidade do acesso aos bens e serviços, que não seja pela via da parceria público/privada, constituindo-se em uma política para quem pode pagar.

Todavia, Raquel Raichelis (1996, p.62) enfatiza que [...] “a crise não é das profissões, do Serviço Social, é da sociedade, é a crise de projetos sociais, é uma crise muito mais ampla e profunda”.[...] Podemos identificar a fala de Raichelis (1996), mesmo escrita na década de 1990, bem presente em nossos dias. A preocupação é com o modelo societário vigente, mercantilista.

Tivemos esta apreensão a partir das falas dos entrevistados que ainda almejam por uma política pública de saúde, custeada pelo governo, buscando um resultado que seja melhor do que encontramos hoje para a maioria da população brasileira, por meio do atual Sistema Único de Saúde.

A entrevista “h” menciona que

[...] a grande questão era fortalecer o Sistema Único para que realmente fosse universal, atendesse com qualidade sem essas grandes demoras e essas grandes filas que se tem. Mas infelizmente, na atual conjuntura do Brasil, foi a saída que se encontrou, digamos assim, essa parceria público-privada, que também acaba não dando conta das demandas que a gente tem, porque também tem limitações.[...].

Identificamos, nas falas dos servidores e dos representantes sindicais, que a categoria dos servidores públicos federais sente-se na

condição de ter mais privilégios, pois coloca-se em um patamar diferenciado da classe trabalhadora do país. Constatamos, pelo número elevado de adesões, em torno de 11.000 vidas na UFSC (hoje em torno de 12.000, segundo dados da DvSS), que o modelo de parceria público-privada, neste sentido, vem atendendo aos anseios desta categoria de servidores públicos que preferem pagar “triplamente”⁶¹ pela atenção à saúde do que enfrentar a fila do SUS.

A entrevistada “f” diz que

[...]Essas demandas, na minha opinião, tendem a se acentuar, porque os maiores investimentos não estão sendo realizados em políticas públicas que garantam o acesso aos direitos constitucionais e fortalecimento do SUS, conseqüentemente há, cada vez mais, dificuldades (agravamento) de acesso a reais possibilidades de atender as necessidades de saúde desses servidores (saúde do trabalhador).

A entrevistada “h” reforça que, apesar das contradições, os servidores lutaram pelo Plano de Saúde Suplementar: “[...] Então, na verdade, é uma demanda dos trabalhadores, acho que esse é o grande nó, os próprios trabalhadores lutaram para que se tivesse isso, sabendo-se, claro, dessas contradições[...]”.

Os sindicatos, contraditoriamente, também gestenam em favor dessa alternativa público-privada, pela luta empregada historicamente em prol de uma universidade pública e de qualidade, bandeira sempre presente nas manifestações sindicais. Verificamos, nas falas dos representantes sindicais “k” e “l”, que afirmam: “[...] Esse Plano de Saúde Suplementar já era uma reivindicação antiga da categoria”[...], o que confirma a fala da entrevistada “h”.

Concluimos que os servidores, para aliviar seu orçamento doméstico, negaram a existência de tais contradições, lutando por uma alternativa que atenda suas necessidades “imediatas” de saúde e que contribua, também, para a “saúde financeira” da família.

Portanto, a contradição está presente em todos os sentidos na vida dos cidadãos que têm a relação capital/trabalho como balizadora para as ações no campo das políticas sociais.

⁶¹ Pagar “triplamente”, neste caso, significa que o servidor é descontado, em seus proventos, pela seguridade social (assistência, previdência e saúde), tendo mais o desconto do plano de saúde suplementar, para tentar garantir o acesso à saúde de forma integral.

A relação capital/trabalho transforma a essência em aparência comprometendo a atenção às reais necessidades do ser humano e invertendo o que é de direito em “benefício” mediado pelo dinheiro e para quem o possui.

Referente aos Manuscritos Econômico-Filosóficos (Terceiro Manuscrito), escrito em 1844, em Paris, Karl Marx (1985) cita que:

[...] Shakespeare descreve muito acertadamente a essência do *dinheiro*: [...] o dinheiro é a inversão geral das individualidades, que as transforma em seu contrário e que adiciona às suas propriedades propriedades contraditórias. [...] ele é a *confusão e a troca* gerais de todas as coisas, isto é, o mundo invertido, a confusão e a troca de todas as qualidades humanas e naturais(...). (MARX, 1985, p. 30, grifos do autor).

O referido escrito é um clássico da literatura, por conseguinte, está mais atual do que nunca. Ele nos remete a refletir sobre em que valores estão sendo pautadas as necessidades humanas.

A entrevistada “g” sintetiza bem essa questão: “[...] A direção política dada neste momento, com base na totalidade, vai na direção de aprofundamento da mercantilização da vida[...]”.

A entrevistada “f” traz a questão da mercantilização da vida:

[...] Ouve-se muito que os Planos de Saúde são responsáveis por um número muito grande de vidas, porém esquecem de mencionar os altos valores que essas vidas desembolsam para se manter nestes planos, além do repasse do governo, no caso do plano de saúde suplementar.[...].

Consideramos, assim, que a política de saúde, como uma política social, de ampliação de direitos e garantia de atendimento às necessidades humanas, deve estar focada para os direitos sociais, e não somente econômicos. Pois o que vemos é uma inversão de valores, em que a saúde vem sendo tratada como serviço econômico, e não como direito social e humano. Ênfase para o fortalecimento privado (sustentabilidade financeira das corporações) enfraquecendo, cada vez mais, a política pública de saúde de acesso para todos. Com isso a inversão do público em privado e privado em público.

Logo, estamos tratando de uma contradição ao modo “shakespeareano” e marxiano, do ponto de vista da ética pública, na qual o valor de uso é suplantado pelo valor de troca.

A realidade do setor público e do setor privado implica posturas profissionais em nível de atuação diferente em sua essência e aparência, ou seja, a dimensão do trabalho do assistente social, que atua na iniciativa privada, sofre impactos de gestão das políticas sociais empresariais, da lucratividade e da competitividade, com base na política econômica, e não social.

No entanto, o trabalho do assistente social que atua nas políticas de saúde do setor público tem como atribuições e dever zelar pela garantia dos direitos sociais públicos para os trabalhadores, atendendo aos princípios constitutivos no código de ética da profissão, no projeto ético-político profissional e na Constituição Federal brasileira. Porém, a atual política implementada na UFSC coloca-se como uma política híbrida, impondo ao assistente social o desafio ético-político de atuar em meio às contradições entre o direito à saúde, como dever do Estado, e o direito à saúde, transformado em benefício a ser consumido na esteira da lucratividade, como opção para o servidor.

Quando problematizamos algo, o fazemos levando em conta as múltiplas determinações econômicas, sociais, culturais, e ético-políticas existentes. Desta forma, entendemos, as limitações e correlações de forças existentes no interior das instituições públicas e a hegemonia política de cunho neoliberal. Contudo é necessário ir além, como apontam os autores clássicos como Marx (1985) e contemporâneos como Gramsci (2004) e alguns que derivam do pensamento social crítico. Precisamos estar atentos ao nosso projeto ético-político profissional que traz elementos desse pensamento no seu interior.

O exercício profissional exige um sujeito profissional que tenha competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho.(IAMAMOTO, 2009, p. 25).

Temos como proposta para o exercício profissional, nessa conjuntura, que sua atuação deve estar direcionada à potencialização dos serviços públicos existentes, abrindo caminhos para a antecipação de ações, alargamento de direitos, trabalho em rede, dentro e fora da Instituição. Temos clareza das limitações, sim, porém, não devemos deixar que essas sejam o entrave para um trabalho profissional qualificado. A intervenção do Serviço Social nesse contexto não vem a ser somente junto ao usuário, mas, também, junto às instâncias de poder que traçam as diretrizes políticas de ação. Esse é um dos desafios identificados.

Como foi enfatizado anteriormente, a autonomia profissional é uma conquista diária, e ela é fragilizada diante da realidade em tela, passando a ser relativa⁶². Entretanto, podemos conquistá-la com respostas qualificadas do ponto de vista teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, mediada nas relações de poder institucional/organizacional, o que exige competência profissional.

Assim, lutar pela garantia da cidadania, pelo cumprimento dos direitos sociais, aparece no discurso dos assistentes sociais como preocupação, porém parcializada, restrita a sua realidade imediata. Entendemos, todavia, que grande parte dessa prática restrita deve-se ao fato, também, de a atuação dos profissionais estar vinculada às políticas de governo e de Estado, o que remete a entender, em grande medida, a relativa autonomia profissional.

Nesse sentido, os desafios são imensos, uma vez que o exercício profissional fica condicionado aos limites institucionais, entre o público e o privado, entre as políticas de Governo, de Estado com viés privatista, o que provoca tensões, levando-se à conclusão de que o Serviço Social é uma das áreas que se encontra, entre as relações de poder institucional, mais vulneráveis às contradições e às exigências éticas postas na atualidade.

Portanto, reafirmamos e concluímos: para que haja exercício profissional comprometido com o interesse público, é necessário que a atuação profissional não se esgote em si, mas que extrapole o cotidiano restrito das instituições e que encontre também, nos espaços de

⁶² Em relação à autonomia relativa, sugerimos a leitura do capítulo 4, subitem 4.2.6, da dissertação intitulada “O exercício profissional do assistente social e a precarização no mundo do trabalho: ensaios sobre sua inserção no sistema único de assistência social”, de autoria da assistente social Fabiana Luiza Negri e disponível na Biblioteca Universitária da UFSC.

discussões extra muros, o verdadeiro exercício de uma práxis transformadora.

O presente estudo não se esgota aqui, mas pretende ser um ponto de partida para aprofundamentos posteriores, sobre o exercício profissional do Serviço Social a partir das “novas” requisições profissionais que se apresentam na contemporaneidade, especialmente para o assistente social que atua com e na política pública de saúde, na dimensão do público e do privado, na dimensão da universalidade e da focalização, do individual e do coletivo e que tem como princípio a busca pela garantia de direitos sociais na direção de práticas éticas inclusivas e igualitárias.

Com essas aproximações conclusivas, podemos dizer que a ética é uma expressão da vida, é um projeto político para a vida. Isto nos remete a afirmar que a ética, no contexto do trabalho do assistente social, é o elemento de sustentação do exercício profissional em meio às contradições da realidade. O assistente social trabalha na realidade, que é mercantil, contudo, seu desafio é fazer a leitura crítica de tal realidade. Há que pensá-la criticamente em defesa das necessidades humanas, e não das necessidades econômicas, mas sim, na perspectiva da garantia dos direitos e na defesa das políticas públicas.

Essa é a medida ética profissional que almejamos, para um exercício profissional em sintonia com o projeto ético-político-profissional, propondo um convite a uma nova sociabilidade mais humanizada, menos mercantilizada, com igualdade de direitos para as classes trabalhadoras.

Trabalhar na perspectiva da práxis, tendo como referencial a vertente crítico-dialética, não é fácil, visto que requer do pesquisador muita habilidade e paciência. Temos consciência da dificuldade encontrada, devido à formação fragmentada, fruto dos longos aportes teóricos a-críticos, de raiz positivista, que, no início da vida profissional, marcaram nossa formação acadêmica.

Fazemos parte de um período de transição em termos de formação acadêmica, quando o movimento de reconceituação do Serviço Social começava a se fazer presente nas academias, nos idos de 1980. Apesar de nossa formação inicial ter sido nessa época, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC/PR, procuramos fazer o exercício de estarmos abertos a novos aportes teóricos e aos elementos que trazem consciência crítica da realidade.

Em 2000, concluímos a pós-graduação na vertente crítico-dialética na área de Metodologia do Serviço Social na Universidade de

Canoinha/SC. Tal formação vem sendo complementada e aprofundada nesses dois últimos anos no mestrado em Serviço Social na UFSC. Assim, os conteúdos críticos nos deram coragem para empreender esse estudo, que é mais do que acadêmico, é um estudo que leva a refletir sobre uma nova visão de mundo, o que permite acreditar que a transformação é possível.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura:** perfis pedagógicos da prática profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ACUÑA, Daniel López. La reforma del sector salud y las funciones esenciales de salud pública: desafíos para el desarrollo de recursos humanos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desafíos para la educación en saúde pública.** Washington: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2000.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (Orgs). **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

_____, et al. A trama do neoliberalismo: mercado, crise e exclusão social. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (Orgs). **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

BAHIA, Ligia, et al. O espaço da regulamentação dos planos de saúde no Brasil: notas sobre ação de instituições governamentais e da sociedade civil. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, n. 60, 2002.

BAPTISTA, Myrian Veras. BATTINI, Odária. (Orgs.). **A prática profissional do assistente social:** teoria, ação, construção do conhecimento. São Paulo: Veras Editora, 2009.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e a perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONETTI, Dilséa Adeodata, et al. (Orgs.). **Serviço Social e ética**. 9. ed. São Paulo: 2008.

BORÓN, Atílio. **Notas sobre algumas análises do Estado no capitalismo contemporâneo: Estado, capitalismo e democracia na América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____. O Pós-neoliberalismo é uma etapa em construção. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

_____. Os novos leviatãs e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia?**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **O socialismo no século 21: há vida após o neoliberalismo?**. 1. ed. São Paulo, 2010.

BRANDÃO, João Marques. **Direito administrativo para concurso de juiz do trabalho**. 1. ed. São Paulo: Editora EDIPRO, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010. (Edição administrativa do texto constitucional, com as alterações dotadas pelas Emendas Constitucionais números 1/1992 a 64/2010 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão números 1 a 6/1994).

_____. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. XIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília, 2009.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Sub-Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SiASS). **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**. Brasília, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas, e dá outras providências. Portaria Normativa n. 01 de 27 de dezembro de 2007. **Lex**: Diário Oficial da União, Brasília, 2007.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Contrato entre a União, por intermédio da Universidade Federal de Santa Catarina e a empresa Unimed Grande Florianópolis – Cooperativa do trabalho médico. Contrato n. 67, de 2008. **Lex**: Diário Oficial da União, Brasília, 2008.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Orienta sobre a carga horária de trabalho do Assistente Social de 30 horas semanais como opcional. Orientação Normativa n. 01 de 2011. **Lex:** Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

_____. Lei n. 12.317 de 2010. Acrescenta dispositivo à Lei n. 8.662 de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. **Lex:** Diário Oficial da União, Brasília, 2010.

BRAVO, Maria Inês Sousa.; MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Sousa.; PEREIRA, Potyara Amazoneida P.(Orgs.). **Política Social e Democracia**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, jul. 2004.

CANTON, Giselle Alice Martins; NEVES, Fabiana. Saúde suplementar no Brasil: entre o direito à saúde e o fetichismo da mercadoria. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, jul. 2006.

CAPONI, Gustavo; LEOPARDI, Maria Tereza; CAPONI, Sandra N.C. (Orgs.). A saúde como desafio ético. In: I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 1995, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

CESCHIN, Maurício. Novas Regras de Portabilidade de carências dos Planos de Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2010. Disponível em: www.ans.gov.br/noticias. Acesso em: 19 julho 2010.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. 1. ed. São Paulo: Editora Xamã, 1996.

COHN, Amélia, et. al. **A Saúde como Direito e como Serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2009.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social**. Brasília, n.1, 2010.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, n. 2, 2010.

_____.; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Coletânea de Leis**. Santa Catarina: CRESS 12ª REGIÃO, 1999.

CORREIA, Maria Valéria Costa; PINHEIRO, Manuella Aragão; SILVA, Núbia Lemos da. As recomendações do Banco Mundial na Política de Saúde: um enfoque ao projeto de Fundações Estatais de Direito Privado. In: XII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos, et al. (Orgs.). **A saúde em debate na educação física.** Blumenau: Nova Letra, v. 2, 2006.

_____. **Fundamentos Teóricos da Saúde Coletiva:** disciplina cursada no Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, 2009. Notas de aula. Mimeografado.

DINIZ, Tânia Maria Ramos Godoi. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, Maria Lucia. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999.

DRAIBE, Sônia Miriam. As políticas de combate à pobreza na América Latina. **Revista São Paulo em Perspectiva**, 4 (2), p.18-24, abr./jun. 1990.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade Civil e Democracia:** um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

ESCOREL, Sarah. **Saúde Pública:** utopia de Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 2000.

_____.Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária em busca de uma teoria.** 3. ed. São Paulo: Cortez/ABRASCO,1989.

FAGNANI, Eduardo. **Política social no Brasil (1964-2002):** entre cidadania e caridade. 2005. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia. Unicamp, Campinas, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **A política do estado capitalista:** as funções da previdência e assistência sociais. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **Estratégias em Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Serviço Social: questões presentes para o futuro. **Revista Serviço Social & Sociedade.** São Paulo, n. 50, 1996.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Novo dicionário brasileiro da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes. C. Pavone. **Bioética e saúde pública:** entre o individual e o coletivo. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda (Orgs.). **Ética e Direitos:** ensaios Críticos. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2009.

FREITAS, Rosana de C. Martinelli. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálisis.** Florianópolis, v. 10, n. 1, jan./jun. 2007.

GENTILLI, Raquel. **Representações e práticas:** identidade e processo de trabalho no serviço social. São Paulo: Veras, 1998.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GOMES, Adriana A.Oliveira. **Serviço Social e as demandas dos servidores da UFSC: a universidade brasileira em questão**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

GRAMSCI, Antonio. **Escritos Políticos**. Tradução e organização Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 1, 2004.

_____. **Cadernos do Cárcere**. Tradução e organização Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 3, 2000.

GRANEMANN, Sara. **Fundações estatais: projeto de Estado do capital**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Siros, 2008.

HAYEK, Friedrich Augusto. **O caminho da servidão**. Tradução e revisão de Anna Maria Capovilla. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social:**

direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

KAMEYAMA, Nobuco. Ética empresarial. **Revista Praia Vermelha**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 11, 2004.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. 28. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

_____. **A questão da ideologia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 4. ed. Tradução de Célia Neves e Alberico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KOTTOW, Miguel. Bioética pública: una propuesta. **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 1, 2011.

LAURELL, Asa Cristina. (Org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. **Informação e regulação da Assistência Suplementar à Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: E-Papers, 2005.

LÖWY, Michael. Estado, democracia e alternativa socialista na era neoliberal. Tradução de Lúcia Endlich Orth. In: SADER, Emir.; GENTILI, Pablo. **Pós-neoliberalismo II**: que estado para que democracia? Petrópolis: Vozes, 1999.

LUNA, Sérgio Vasconcelos. **Planejamento de Pesquisa**. 1. ed. São Paulo: Editora EDUC, 1996.

MAIA, Lucas de Abreu. Saúde recebe mais recursos mesmo sem CPMF. **Jornal da Tarde**, São Paulo, 11 mar. 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O exercício profissional do Assistente Social na área da saúde: algumas reflexões éticas. **Revista Serviço Social e Saúde**. São Paulo, 2007.

_____. (Org.). **Pesquisa Qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

_____. **Serviço Social**: identidade e alienação. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **Teoria Metodológica II**: disciplina cursada na Pós-Graduação em Metodologia do Serviço Social da Universidade de Canoinhas-UnC, 1998. Notas de aula. Mimeografado.

MARX, Karl. Prefácio. In: _____. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Manuscritos econômico-filosóficos. Tradução de José Carlos Bruni. In: **Os Pensadores**. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

_____. **O Capital**. 26. ed. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 1. 2008.

_____. Posfácio da 2ª edição. In: _____. **O Capital**: crítica da economia política. v. 1, 1987.

MENEGASSO, Maria Éster. **Organizações, conceitos e formas.** Florianópolis, 14 p. Trabalho não publicado.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2003.

MICHALISZYN, Mario Sergio; TOMASINI, Ricardo. **Pesquisa:** orientações e normas para elaboração de projetos, monografias e artigos científicos. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, et al. (Orgs.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elizabeth, et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2008.

_____. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. (Orgs.). **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social:** crítica ao padrão emergente de intervenção social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MORA, J. Ferrater. **Dicionário de Filosofia.** São Paulo: Loyola, 2004.

MOTA, Ana Elizabete. **O mito da Assistência Social:** ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: _____, et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2008.

NEGRI, Fabiana Luiza. **O exercício profissional do assistente social e a precarização no mundo do trabalho:** ensaios sobre a sua inserção no Sistema Único de Assistência Social. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a Sociedade Civil:** temas éticos e políticos da gestão democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **As Possibilidades da Política:** idéias para a reforma democrática do Estado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

OLIVEIRA, Manfredo Araújo. A nova problemática do trabalho e a ética. In: TEIXEIRA, Francisco José S.; OLIVEIRA, Manfredo Araújo de (Orgs.). **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva:** as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Desafios éticos da globalização.** 1. ed. São Paulo: Paulinas, 2001.

_____. Ética Hoje. **Revista Praia Vermelha**. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Ética, política e desenvolvimento. In: SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO CEARÁ. **Cartilha**. 2.ed. Ceará: SEEB/CE, jun/. 2008.

_____. Política ética. **Jornal O POVO**. Fortaleza, 07 out. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado. In: _____; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes. (Orgs.). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, 1999.

PEREIRA. Potyara A.P. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania**. In: XI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2003, São Luis. **Anais...** São Luis: ABEPSS, 2003.

_____. Pluralismo de bem estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTI, Ivanete, et al. (Orgs.). **Política Social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: UnB, 2004.

_____. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____.; PEREIRA, Camila Potyara. (Orgs.). **Marxismo e Política Social**. Brasília: Ícone, 2010.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RAICHELIS, Raquel. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. A revista Serviço Social & Sociedade e os caminhos da profissão. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 50. 1996.

RICHARDSON, Robert Jerry, et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010

SADER, Emir; GENTILI, Pablo. Estado, democracia e alternativa socialista na era neoliberal. In: _____. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as Políticas Sociais e o Estado Democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, Isabela Soares, et. al. O público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Revista da Escola Nacional de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. **Bioética, Direitos Sociais e Serviço Social**. Belém: UNAMA, 2005.

_____. Da ética à bioética. **Revista Praia Vermelha**. v. 11. 2004.

_____. **Instrumentos e técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão**. 1994. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

_____.; SARMENTO, Rosana Sousa de Moraes. **Variações conceituais da esfera pública**. São Luis: UFMA, 2005.

SARMENTO, Rosana Sousa de Moraes. **O discurso da ação profissional dos assistentes sociais na interrelação do público com o privado**. 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

SELL, Carlos Eduardo. **Sociologia clássica**. 2. ed. Itajaí: Editora Univali, 2002.

_____. **Introdução à sociologia política**: política e sociedade na modernidade tardia. Petrópolis: Vozes, 2006.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. **Avaliação de Políticas e Programas Sociais**: aspectos conceituais e metodológicos. São Paulo: Veras, 2001.

SIMIONATTO, Ivete. Estado e sociedade civil em tempos de globalização: reinvenção da política ou despolitização?. **Revista Katálýsis**. Florianópolis, v. 7, n. 1. jan./jul. 2004a.

_____. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. Florianópolis: Editora da UFSC/São Paulo: Editora Cortez, 2004b.

_____. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Revista Katálýsis**. Florianópolis, v. 12, n. 1. jan./jun., 2009.

SUNG, Jung Mo; SILVA, Josué Cândido da. **Conversando sobre ética e sociedade**. Petrópolis: Vozes, 2008.

TELLES, Vera da Silva. **Direitos Sociais**: afinal do que se trata?. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social. Departamento de Desenvolvimento e Atenção Social e à Saúde. **Relatório de Gestão**. Florianópolis, 2010.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Relação teoria/prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 56, 1998.

VÁZQUEZ. Adolfo Sánchez. **O que é práxis**. Expressão Popular, 1980.

VERDI, Marta. Interfaces entre Bioética e políticas públicas: a propósito dos conflitos éticos envolvendo a promoção da saúde. In: CAPONI, Sandra; BRZOWSKI, Fabíola Stolf; HELLMANN, Fernando. (Orgs.). **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Unisul, 2010.

VIANNA. Maria Lúcia Teixeira Werneck. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica?. **Revista Praia Vermelha**. Rio de Janeiro, v.1, n. 18, 2008.

VIEIRA, Bethania Santos. **Responsabilidade social no contexto da Empresa Trombini Embalagens Ltda – Unidade de Fraiburgo**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

ZOBOLI, Elma L.C.P. Referências de análise em bioética: o desafio de traçar sua interface com a saúde pública. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n.62, p.282-289, set./dez. 2002.

ZUCCO, Luciana Patrícia; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Elementos para análise da política de saúde na década de 1990: os assistentes sociais como atores na construção do espaço público. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n.62, p.282-289, set./dez. 2002.

WEFFORT, Francisco C. (Org.). **Os clássicos da Política**. 14. ed. São Paulo: Ática, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Revistas consultadas

BIOÉTICA. **Bioética pública: uma proposta.** Volume 19, Número 1. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.

KATÁLYSIS/Universidade Federal de Santa Catarina. **Mundialização, crise contemporânea e políticas sociais.** Volume 7. Número 1. Editora da UFSC. Florianópolis: Janeiro/Junho/2004.

_____. **Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana.** Sujeitos políticos, lutas sociais e direitos. Volume 12. Número 1. Editora da UFSC. Florianópolis: Janeiro/Junho/2009.

PRAIA VERMELHA. **Da ética à bioética.** Estudos de Política e Teoria Social. Revista Praia Vermelha. Vol.11. Segundo semestre. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/2004.

_____. **Ética empresarial.** Estudos de política e teoria social. Volume 1, Número 11. Segundo semestre, 2004. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/2004.

_____. **A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica?.** Praia Vermelha: Estudos de política e teoria social. Volume 1, Número 18. Primeiro semestre, 2008. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/2008.

SAÚDE EM DEBATE. Volume 26, número 62. Rio de Janeiro: Set/dez. /2002.

_____. **Sistema de Saúde Brasileiro:dilemas da universalização.** Volume 26. Número 61. Rio de Janeiro: maio/agosto/2002.

_____. **Espaço da regulamentação dos planos de saúde no Brasil: Notas sobre ação de instituições governamentais e da sociedade civil. Saúde em Debate: Políticas Públicas no Brasil.** Número 60. Rio de Janeiro: 2002.

SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE. **A Revista Serviço Social & Sociedade e os caminhos da profissão.** Ano XVII. Número 50. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

_____. **Assistência social / Sociedade civil.** Ano XIX. Número 56. São Paulo: Editora Cortez, março/1998.

_____. **A crise social. Trabalho e mediações profissionais.** Especial. Número 104. Outubro/dezembro/2010. São Paulo: Editora Cortez, 2010.

_____. **Espaço público e direitos sociais.** Ano XXVII. Número 86. São Paulo: Editora Cortez, julho/2006.

_____. **Ética pública e formação humana.** Ano XXVIII. Número 89. São Paulo: Editora Cortez, março/2007.

_____. **Identidade e formação profissional.** Ano XVI. Número 51. São Paulo: Editora Cortez, agosto de 1996.

_____. **Formação e exercício profissional.** Número 103. São Paulo: Editora Cortez, julho/setembro/2010.

_____. **O exercício profissional do Assistente Social na área da saúde: algumas reflexões éticas.** Volume VI. Número 6. Campinas, São Paulo: Unicamp, 2007.

_____. **O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas.** Volume 10. Número 1. Editora da UFSC. Florianópolis: jan./jun, 2007.

_____. **O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social.** Ano XXV. São Paulo: Editora Cortez, julho/2004.

_____. **Saúde Suplementar no Brasil: Entre o direito à saúde e o fetichismo da mercadoria.** Ano XXVII. Número 86. São Paulo: Editora Cortez: Julho/ 2006.

_____. **Seguridade social e cidadania.** Ano XXII. Número 65. São Paulo: Editora Cortez, março/2001.

_____. **Serviço Social: questões presentes para o futuro.** Ano XVII. Número 50. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

_____. **Temas contemporâneos.** Ano XIX. Número 57. São Paulo: Editora Cortez, julho/1998.

SÃO PAULO EM PERSPECTIVA. As políticas de combate à pobreza na América Latina. São Paulo: Abril/Junho/1990.

APÊNDICE B – Jornais consultados

CIRCULAÇÃO. Sintufsc no dia nacional de mobilização. Ano XIII, edição 104, julho de 2010.

JORNAL DA CÂMARA. Eleições 2010. Brasília-DF: Ano 11, nº 2505, 05 a 11/08/2010.

JORNAL DE BRASÍLIA. Mais recursos para combater o câncer. Seção, saúde e você. Brasília-DF: Sexta-feira, 06/08/10.

JORNAL DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CNS comemora o Dia Mundial da Saúde. Ano 6. Abril de 2010.

JORNAL DO SENADO. Jornada de 30 horas para assistentes sociais. Brasília-DF: Quarta-feira, 04/08/2010.

O ESTADO DE S. PAULO. Plano dos direitos humanos será esvaziado, diz líder do PT. Ano 131. Nº 42455. São Paulo: 12/01/2010.

_____. **Saúde recebe mais recursos mesmo sem CPMF.** São Paulo, 28/02/11. Matéria reeditada e publicada pelo Jornal da Tarde, 11/03/11.

O POVO. **Política ética**. Fortaleza: 07/10/2007

USA TODAY, a better life. **System discourages primary-care doctors**. New York, Wednesday, 09/09/2009.

APÊNDICE C – Informativos e artigos visitados na internet:

[http://www.artigonal.com/saude - artigos](http://www.artigonal.com/saude-artigos). **O que é Sinistralidade em Planos de Saúde?**. Visitado em 12/03/2011.

<http://www.bancomundial.org.br>. Visitado em 28/03/11

<http://www.bu.ufsc.br>. **Normas técnicas para trabalhos de dissertação, tese, e outros**. Visitado em 25/10/2010.

<http://www.cfess.org.br>. **Código de ética profissional do assistente social revisado**. Visitado em 20/08/09.

<http://www.Correioweb.com.br>. **Propostas de Dilma na área social incluem ampliação do Bolsa Família**. Correio Brasiliense. Brasília, 27/10/10. Matéria reeditada, publicada em 11/03/11. Visitado em 11/03/11.

<http://www.ans.gov.br/noticias>. **Novas regras de portabilidade de carências dos planos de saúde**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Entrevista com Maurício Ceschin. Visitado em 03/03/2010.

<http://www.escaspar.com.br/igpm.htm>. Visitado em 20/08/09.

<http://www.ibpt.com.br>. Visitado em 18/08/09.

<http://www.impostometro.com.br>. Visitado em 18/08/09.

<http://www.ministeriodasaude.gov.br>. Visitado em 18/08/09 e em 03/03/2010.

<http://www.planejamento.gov.br/hotsites/conferencia/arquivos>. Visitado em 15/08/09

<http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>. Visitado em 20/08/09.

<http://www.saude.gov.br> - **8ª conferência nacional de saúde**. Visitado em 04/11/2010.

<http://www.saude.gov.br> - **Lei orgânica da Saúde**. Visitado em 04/11/2010.

<http://www.secretariaderecursoshumanos/ministeriodoplanejamento.org> amentoe-link: **Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal** . Visitado em 15/08/09.

<http://www.sissaude.com.br>. **Público e privado na gestão da saúde**. Visitado em 28/03/2011.

<http://www.ufsc.br>. Link:**Plano de saúde**. Visitado em 15/08/09; 17/10/10; 25/10/10; 28/03/11

<http://www.unimed.com.br>. Visitado em 17/07/10.

http://www.veja.abril.com.br/carga_tributaria. Visitado em 18/08/09.

<http://www.vilhenasilva.com.br/sinistralidade>. Visitado em 20/08/09.

<http://www.wgate.com.br/fisioweb/sus/artigo1.htm> . Visitado em 18/08/09.

APÊNDICE D – Quadro resumo da proposta metodológica da pesquisa

QUADRO / RESUMO DA PROPOSTA METODOLÓGICA DA PESQUISA		
TEMA	VERTENTE TEÓRICA / AUTORES	PROBLEMA/ QUESTÃO NORTEADORA
<p><u>O exercício profissional do assistente social</u></p> <p>Delimitação do Tema</p> <p>As contradições e desafios éticos presentes nas novas requisições para o exercício</p>	<p><u>Método histórico crítico dialético</u></p> <p>Categoria Central</p>	<p>Problema</p> <p>Em que medida as contradições presentes na atual política de atenção à saúde do servidor público federal, nos moldes público-</p>

<p>profissional do assistente social, no contexto da atual política de atenção à saúde do servidor público federal, nos moldes da parceria público-privada.</p> <p>Eixos temáticos</p> <p>Central:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política pública e Contradição; - Parceria público/privada (Plano de Saúde Suplementar); - Serviço Social : As “novas” requisições profissionais para o exercício profissional. <p>Periféricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A reforma do Estado brasileiro; - A política nacional de saúde (A Reforma Sanitária); - O servidor público federal e a política nacional de saúde. 	<p>Quanto ao Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totalidade • Contradição <p>Quanto à realidade empírica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Universalidade • Ética Pública • Público-privado 	<p>privados, vêm interferindo no exercício profissional do assistente social, na garantia de direitos sociais?</p> <p>Questão norteadora</p> <p>Que contradições e desafios éticos encontram-se presentes nas “novas” requisições para o exercício profissional do assistente social frente ao contexto da atual política, público-privada, de atenção à saúde do servidor público federal?</p>
--	---	--

PRINCIPAIS AUTORES DE REFERÊNCIA POR ORDEM ALFABÉTICA

<ol style="list-style-type: none"> 1. Amélia Cohn; 2. Antonio Gramsci; 3. Atilio Borón; 4. Carlos Nelson Coutinho; 5. Evaldo Vieira; 6. Hélder Boska de Moraes 7. Sarmento; 8. Ivete Simionatto; 9. José Paulo Netto; 10. Karel Kosik; 11. Karl Marx; 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Manfredo Araújo Oliveira 13. Marco Aurélio da Ros; 14. Maria C.S. Minayo; 15. Maria Inês Souza Bravo; 16. Marilda Villela Iamamoto; 17. Marta Verdi; 18. Potyara A. P. Pereira 19. Raquel Raichelis; 20. Regina Celia Miotto; 21. Reinaldo N. Pontes; 22. Sarah Escorel; 23. Vicente de Paula Faleiros
--	---

OBJETO E OBJETIVOS	TIPO DE PESQUISA/ INSTRUMENTOS E TÉCNICAS
<p style="text-align: center;">OBJETO</p> <p>As contradições e desafios éticos presentes nas “novas” requisições para o exercício profissional do assistente social, resultantes da atual política de atenção à saúde do servidor público federal no contexto da implantação do Plano de Saúde Suplementar</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVOS</p> <p style="text-align: center;">Objetivo geral</p> <p>Identificar e analisar, a partir de uma perspectiva crítica, as contradições e os desafios éticos e as “novas” requisições presentes no exercício profissional do assistente social, no contexto da atual política, público-privada, de atenção à saúde do servidor público federal, tomando-se como referência o Plano de Saúde Suplementar na UFSC.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Levantar dados bibliográficos e documentais, acerca da atual política de atenção à saúde do servidor público federal (Saúde Suplementar), nos moldes da parceria público-privada; ➤ Contextualizar, a implantação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC e a inserção do assistente social nesse contexto; ➤ Identificar e analisar as contradições e desafios éticos a partir das “novas” requisições profissionais no contexto da implantação do Plano de Saúde Suplementar; ➤ Conhecer e registrar o entendimento e o posicionamento dos sujeitos sociais 	<p style="text-align: center;">Tipo de Pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesquisa documental e bibliográfica: <ul style="list-style-type: none"> - Análise documental - Levantamento e estudo de material bibliográfico ➤ Pesquisa qualitativa <ul style="list-style-type: none"> -Técnica descritiva <p style="text-align: center;">Instrumentos e técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevistas semiestruturadas

(gestores, usuários e sindicatos), que tem relação direta ou indireta com a atual política de atenção à saúde dos servidores públicos federais, e sua visão acerca do profissional de Serviço Social nesse contexto.	
--	--

APÊNDICE E – Categorias centrais de análise



APÊNDICE F – Roteiro das entrevistas

ROTEIRO 1

Aos gestores da Unimed-Grande Florianópolis

1) Do ponto de vista gerencial , quais os fatores facilitadores e dificultadores para a implantação do Plano de Saúde Suplementar junto a uma Instituição Pública Federal?

- 2) Qual está sendo, atualmente, o maior desafio no desenvolvimento do Plano de Saúde Suplementar, em parceria com a UFSC ?
- 3) Qual o fator mais relevante que esta parceria trouxe para a Cooperativa?
- 4) Em termos de gestão administrativa, quais as metas a curto, médio e longo prazos para a parceria com a UFSC?
- 5) Do ponto de vista da ética e do alcance social, como a Cooperativa vem avaliando a parceria com a UFSC?
- 6) Há outras experiências com universidades públicas ou com outras instituições públicas?
- 7) A Cooperativa Unimed entende necessário um profissional de Serviço Social para atuar junto ao Plano de Saúde, nos moldes da parceria com a UFSC? Como entende as atribuições desse profissional?
- 8) Atualmente, a UFSC é a maior conveniada no Estado de Santa Catarina, considerando o número de adesões e arrecadação. Como a Unimed tem se estruturado frente a essa nova demanda?
- 9) Informações complementares e considerações

ROTEIRO 2

Ao gestor da UFSC- Direção do Departamento de Atenção Social e à Saúde/DDAS/PRDHS

- 1) Do ponto de vista da ética pública e do alcance social, como a administração da UFSC vem avaliando este novo modelo de política, envolvendo a parceria público-privada?
- 2) Atualmente, existem outras experiências com universidades públicas em parcerias desta natureza?
- 3) Qual esta sendo, atualmente, o maior desafio no desenvolvimento do Plano de Saúde Suplementar, em parceria com a iniciativa privada, por parte da administração da UFSC ?
- 4) A gerência do DDAS tem constatado mudanças na área da saúde do trabalhador com a implantação do Plano?
- 5) As ações do SASS (Serviço de Atenção à Saúde Suplementar), terão integração com as ações do SiASS (Subsistema integrado de Atenção à Saúde do Servidor), recentemente implantado?
- 6) Como o Sr. entende a atuação do assistente social junto ao Plano de Saúde Suplementar, nos moldes da parceria público-privada?
- 7) Informações complementares e considerações

ROTEIRO 3

Ao gestor da UFSC / Divisão de Atenção à Saúde Suplementar -DvSS / DDAS/PRDHS

- 1) Na sua opinião, qual a importância da atual política de atenção à saúde, nos moldes da parceria público-privada, voltada aos servidores públicos federais?
- 2) Quais as situações mais recorrentes trazidas pelos servidores ao SASS nas quais a presença e a atuação do assistente social seriam importantes?
- 3) Quais as situações mais recorrentes tratadas junto à UNIMED e que ocasionam ou ocasionaram perda de direitos?
- 4) Em termos de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades administrativas e operacionais, a estrutura está:
() satisfatória () insatisfatória? Justifique.
- 5) Em relação ao universo de adesões, qual a proporção que há de desistências e qual o principal motivo?
- 6) Informações complementares e outras considerações.

ROTEIRO 4

Aos assistentes sociais da UFSC - Divisão de Serviço Social -atenção ao servidor/DiSS/ DDAS/PRDHS

- 1) Como você entende o exercício profissional do assistente social frente à atual política de atenção à saúde, nos moldes da parceria público-privada?
- 2) Que demandas e requisições poderão ser apresentadas ao assistente social frente à atual política de atenção à saúde do servidor, tendo o Plano de Saúde Suplementar como opção de assistência e o SiASS (Sub-sistema integrado de Atenção à Saúde do Servidor) como promoção e vigilância à saúde?
- 3) No seu entendimento, existem contradições para o exercício profissional do assistente social, frente à atual política de atenção ao servidor público federal? Quais? Explique?
- 4) Informações complementares e considerações.

ROTEIRO 5

Ao perito da Junta Médica Oficial da UFSC - JMO/DDAS/PRDHS/UFSC

- 1) No seu entendimento, qual a importância da atual política de atenção à saúde do servidor público federal, implantada recentemente, nos moldes da parceria público-privada, denominada Plano de Saúde Suplementar?
- 2) A JMO tem avaliado o impacto para a melhoria da saúde do servidor da UFSC, com a implantação do Plano de Saúde Suplementar ? Sim () Não ()
- 3) Em caso positivo, em que dimensão houve melhorias?
- 4) Como você entende a atuação do assistente social frente à atual política de atenção à saúde do servidor da UFSC, tendo o Plano de Saúde Suplementar como opção de assistência e o SiASS (Sub-sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor) como promoção e vigilância à saúde?
- 5) Informações complementares e outras considerações.

ROTEIRO 6

À Direção do Sindicato dos trabalhadores técnico-administrativos da UFSC/ (SINTUFSC)

- 1) No seu entendimento, qual a importância da atual política de atenção à saúde do servidor público federal, implantada recentemente, nos moldes da parceria público-privada, denominada Plano de Saúde Suplementar?
- 2) O SINTUFSC participou, ou vem participando, das discussões acerca da atual política de saúde do servidor com a implantação do Plano de Saúde Suplementar da UFSC e do SiASS (Sub-sistema integrado de Atenção à Saúde do Servidor, em implantação)?
- 3) Que demandas e requisições essa nova política de atenção à saúde do servidor público federal vem trazendo ao Sindicato dos servidores?
- 4) Qual a expectativa do Sintufsc em relação à atuação do Serviço Social frente à atual política de atenção à saúde do servidor da UFSC, tendo o Plano de Saúde Suplementar como opção de assistência e o SiASS (Sub-sistema integrado de Atenção à Saúde do Servidor) como promoção e vigilância à saúde?
- 5) Informações complementares e considerações

ROTEIRO 7

À Direção da Associação dos Professores da UFSC/ (APUFSC)

- 1) No seu entendimento, qual a importância da atual política de atenção à saúde do servidor público federal, implantada recentemente, nos moldes da parceria público-privada, denominada Plano de Saúde Suplementar?
- 2) A APUFSC participou, ou vem participando das discussões acerca da atual política de saúde do servidor com a implantação do Plano de Saúde Suplementar da UFSC e do SiASS (Sub-sistema integrado de Atenção à Saúde do Servidor, em implantação)?
- 3) Que demandas e requisições essa nova política de atenção à saúde do servidor público federal vem trazendo à APUFSC?
- 4) Qual a expectativa do Sintufsc em relação à atuação do Serviço Social frente à atual política de atenção à saúde do servidor da UFSC, tendo o Plano de Saúde Suplementar como opção de assistência e o SiASS (Sub-sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor) como promoção e vigilância à saúde?
- 5) Informações complementares e considerações

ROTEIRO 8

Aos servidores da UFSC - Usuários do Plano de Saúde Suplementar atendidos pelo profissional de Serviço Social

- 1) Você concorda com a atual política de atenção à saúde, implantada recentemente para os servidores públicos federais, nos moldes da parceria público-privada, denominada Plano de Saúde Suplementar ? () Sim () Não. Explique
- 2) Qual o principal motivo pela adesão ao Plano de Saúde Suplementar?
- 3) Você considera a presença de um assistente social desnecessária junto ao Plano de Saúde Suplementar?
() Sim () Não. Explique
- 4) Como você entende a atuação do assistente social junto ao Plano de Saúde Suplementar?
- 5) Mesmo tendo o Plano de Saúde, você utiliza o SUS? () Sim () Não. Em caso positivo, em que situações/procedimentos?
- 6) Informações complementares e considerações

APÊNDICE G – Termo de consentimento livre e esclarecido

⁶³ MODELO/TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº

Por meio deste documento, você está sendo convidado(a) a responder a entrevista que faz parte da pesquisa “As contradições e os desafios éticos para o exercício profissional do assistente social no contexto da atual política de atenção à saúde do servidor público federal: O caso da Universidade Federal de Santa Catarina”. O objetivo da pesquisa é identificar e analisar, a partir de uma perspectiva crítica, as contradições e os desafios éticos e as novas requisições presentes no exercício profissional do assistente social, no contexto da atual política, público-privada, de atenção à saúde do servidor público federal. Esta pesquisa faz parte da dissertação de mestrado em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC, a ser defendida pela servidora, assistente social, Rosana Maria Prazeres da UFSC. A pesquisa propiciará aos assistentes sociais a reflexão, a discussão e a proposição de ações concretas frente ao desafio da garantia de direitos sociais para os servidores públicos, no contexto do novo modelo de atenção à saúde do servidor público federal, nos moldes da parceria público-privada, tomando-se como exemplo a implantação do Plano de Saúde Suplementar na UFSC.

O presente termo assegura os seguintes direitos:

- a) Garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, sobre todos os procedimentos empregados em sua realização;
- b) Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa;
- c) Garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando absoluta privacidade;

⁶³ O termo foi apresentado para os 14 sujeitos entrevistados que concordaram em assiná-lo. As cópias originais estão sob a responsabilidade da pesquisadora.

- d) Opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido.

Você está recebendo uma cópia deste termo em que constará o telefone da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas, a qualquer momento, sobre o projeto e sua participação.

“Eu, _____ portador do RG nº _____, declaro que, após conveniente esclarecimento prestado pela pesquisadora e ter entendido os objetivos da pesquisa, consinto voluntariamente em colaborar para a realização desta. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com a pesquisadora Rosana Maria Prazeres, responsável por esta pesquisa”.

Assinatura do Declarante:

Contato:

Nome: Rosana Maria Prazeres/ e-mail:

rmprazer@hotmai.com/ Fone: (48) 32489076/91198548

Hélder Boska de Moraes Sarmiento/ e-mail:

hboska@yahoo.com.br / Fone: (48) 3721-6514

ANEXOS

ANEXO A – Principais leis e decretos sobre política de saúde e plano de saúde suplementar

PRINCIPAIS LEIS E DECRETOS GOVERNAMENTAIS SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE/PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

- ▶ **BRASIL. Agência Nacional de Saúde .** Resolução Normativa nº 186, de abril de 2009.
- ▶ **BRASIL. Agência Nacional de Saúde.** Resolução Normativa nº 211, de 12/01/2010. Substitui a Resolução Normativa nº 197 e dá novas normas para a cobertura obrigatória dos planos de saúde.
- ▶ **BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** 17ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 1997.
- ▶ **BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** Contrato nº67/2008. Contrato entre a União, por intermédio da Universidade Federal de Santa Catarina e a empresa Unimed Grande Florianópolis – Cooperativa de trabalho médico.
- ▶ **BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** Documento Preliminar sobre a Política de Saúde do Servidor Público Federal. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009.
- ▶ **BRASIL. Presidência da República.** Decreto nº 4.978, de 03 de fevereiro de 2004. Regulamenta o art. 230 da Lei nº 8112/90, que dispõe sobre a assistência à saúde do servidor, 2004.
- ▶ **BRASIL. Presidência da República.** Decreto nº 5.010, de 09 de março de 2004. Insere nova redação ao caput do art.1º do Decreto nº 4978/04, que regulamenta o art. 230 da Lei nº 8112/90, que dispõe sobre a assistência à saúde do servidor, 2004.
- ▶ **BRASIL. Presidência da República.** Diário Oficial da União. Seção 1, nº 89. Altera a redação da Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, DOU - 2006.
- ▶ **BRASIL. Presidência da República.** Lei nº 8.112, de 1990. Regime Jurídico Único do Servidores Públicos Civis da União (RJU). Administração Pública Federal, 2006.
- ▶ **BRASIL. Presidência da República.** Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Regulamenta os Planos de Saúde, 1998.
- ▶ **BRASIL. Presidência da República.** Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 2000.

- **BRASIL. Presidência da República.** Diário Oficial da União. Seção 1, nº 91. Estabelece os valores da participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH nº 3, de 30 de julho de 2009.

ANEXO B – Registro do Projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH)



Projeto de Pesquisa registrado em 13/08/10 e aprovado em 27/09/10 pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH /PRPE/UFSC), processo nº 929 /FR 35914.

Certificado enviado por correio eletrônico pelo CEPSH/PRPE/UFSC, 29/09/2010:

Comentários

Os pesquisadores atenderam as solicitações estando o projeto adequado à Resolução 196/96. Cabe lembrar que os Termos de consentimento livre e esclarecido devem ser assinados pelo orientador e orientando também.

Parecer

Aprovado "ad referendum"

Data da Reunião

27/09/2011